Anul XX No. 1 — 15 Lei Exemplarul — 1 Ianuarie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441,938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunciurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNII" SIBIIU

SUMARUL:

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Profesor Dr. I. IACOBOVICI: *Schiţă pentru un model de statistică chirurgicală de războiu* 1

Conf. Dr. FL. SĂRĂŢEANU şi Intern G. NICOLAU: *Erupţiunile cutanate produse de tratamentul antisifilitic şi reacţiunile serologice* . . 5

Conf. Dr. N. BARBILIAN şi Dr. E. LUPU: *Problema hemoragiilor secundare în rănirile de războiu, cu prilejul câtorva cazuri din campania actuală* 9

Dr. DAN E. MOUCHA: *Injecţiile în situ cu sulfamide în tratamentul bolii lui Nicolas Favre forma inguinală* 7

Dr. ŢUCHEL V. şi CURCUMELI: *Contribuţiuni asupra gangrenei gazoase şi tratamentul ei în actualul război* 8

Dr. PĂUNESCU-PODEANU: *Chimioprofilaxia sulfamidică a infecţiunilor chirurgicale şi medicale. Valoarea ei. Condiţiile realizării.* 11

CRONICI

Anuarul Medicilor şi al Organizaţiei Sanitare a Statului . . 14

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Adresa D-lui Ministru al Sănătăţii către medicii cari ocupă funcţiuni publice cu prilejul anului nou . 15

Concursul de clasificare al farmaciştilor; Curs de specializare în radiologie 16

IN TOATE INFECŢIUNILE STREPTOCOCICE

Prontosil

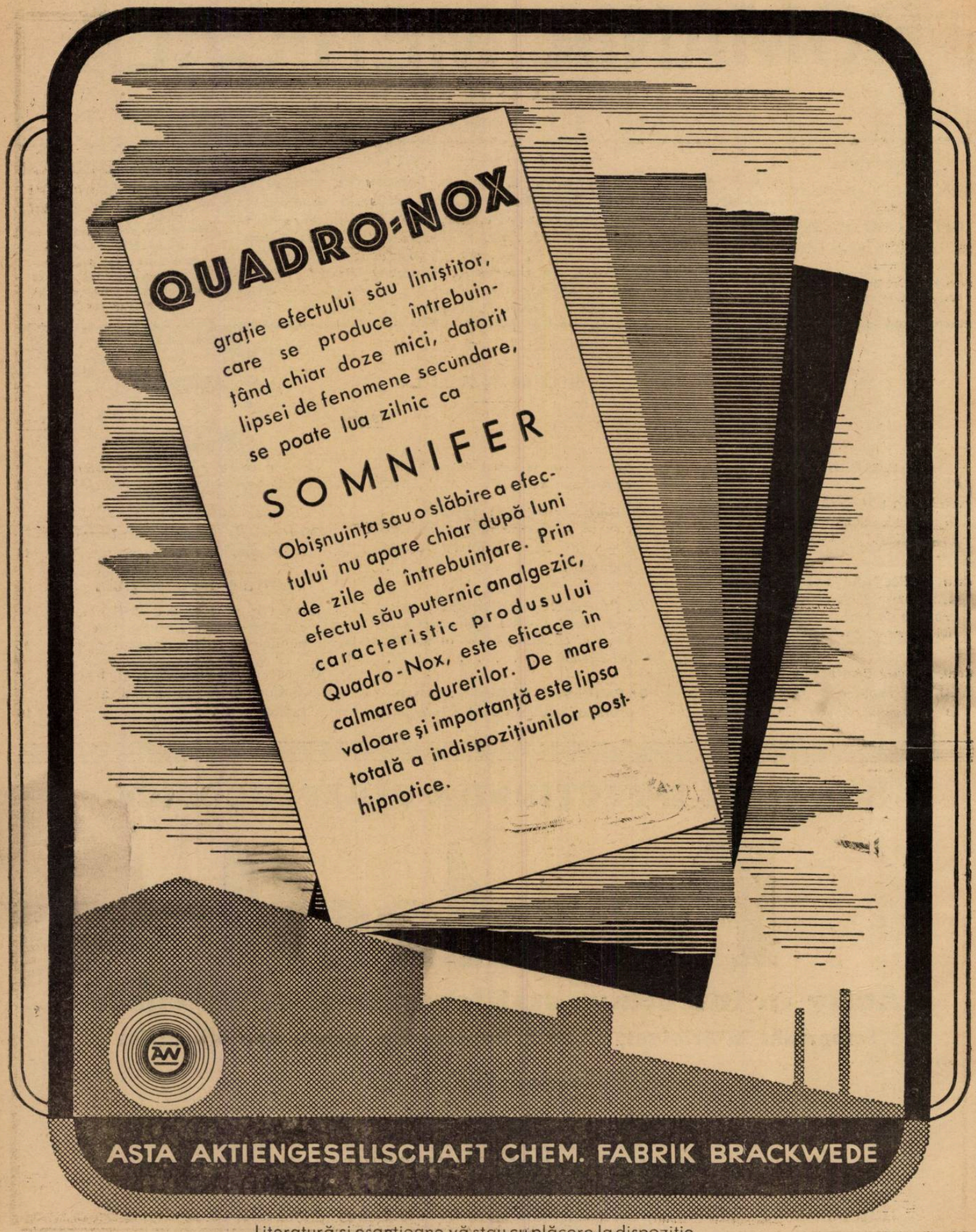
Activ în infecţiuni stafilococice şi colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie, avort septic, artrite infecţioase, cistite şi pielite

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

40674.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92.86.

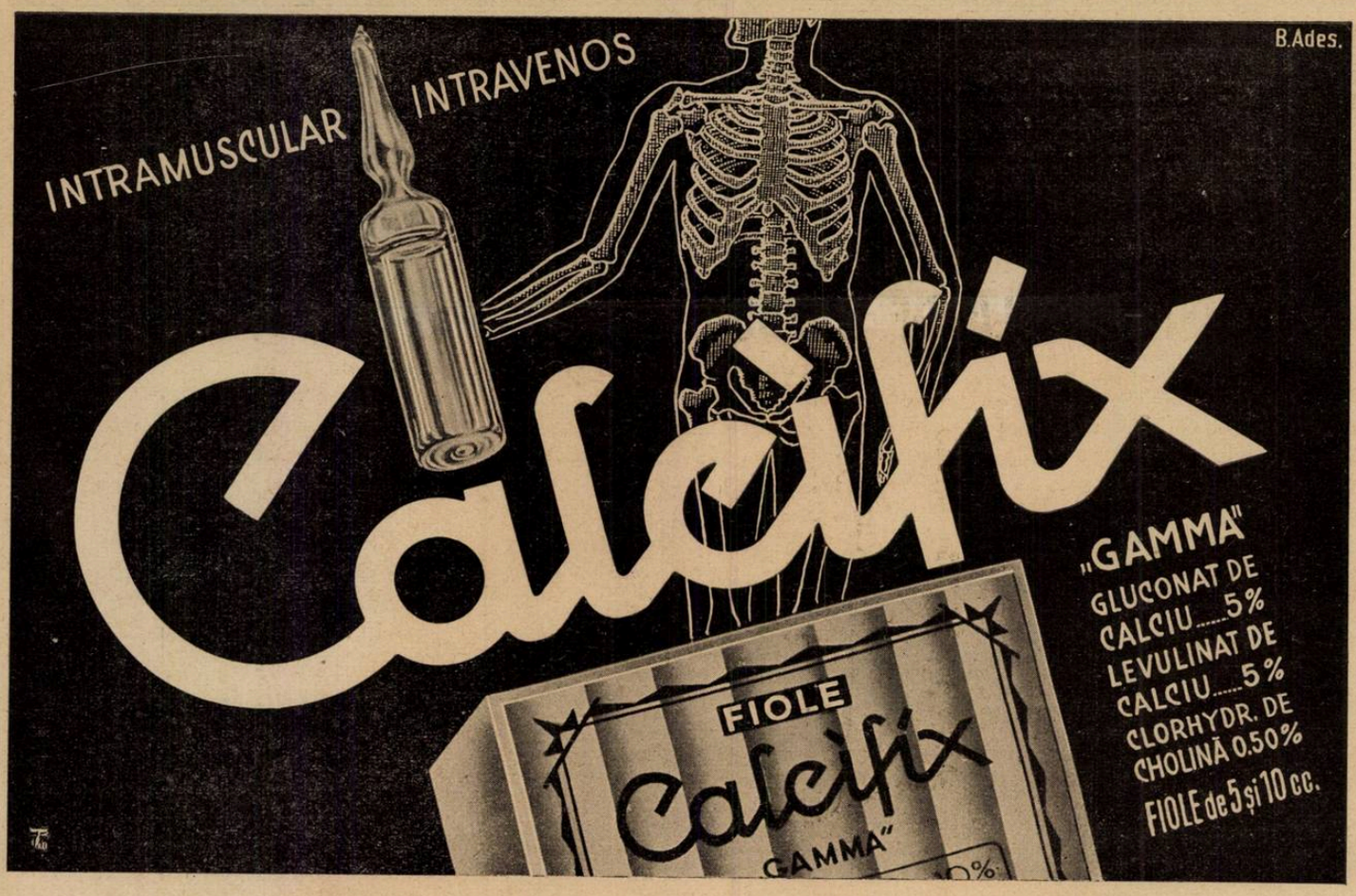


Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R., BUCUREŞTI

Splaiul Unirei No. 127. — Telefon 4.22.44



Repr. generală pentru România.: „S. I. F." s. a. r. Bucureşti, str. Avram Iancu 32, Tel. 5.51.51

Vigantol

Preparatul pur de

VITAMINA »D«

In turburările metabolismului fosfo-calcic al sistemului osos şi al dinţilor. In rachitism.

Pentru a stimula odontogeneza şi pentru a uşura erupţiunea dinţilor.

Pentru ameliorarea tabloului calcic în spasmofilie şi alergie.

»Bayer« LEVERKUSEN A. RH.

E. Merck DARMSTADT

»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I
Str. Brezoianu. 53. - Tel. : 3.92.86.

»CHIMIROMAN« Bucureşti I.
Str. T. G. Masaryk 32 Tel.: 2.71.48

Anul XX No. 1 — 15 Lei Exemplarul — 1 Ianuarie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

SCHIŢĂ PENTRU UN MODEL DE STATISTICĂ CHIRURGICALA DE RAZBOIU

de Prefesor Dr. I. IACOBOVICI

Campania din 1941 ne-a pus la dispoziţie un material bogat de chirurgie de război.

Necesitatea clasării raţionale a acestui material, cred, că o recunoaşte toată lumea.

Posibilitatea de a putea centraliza datele fiecăruia, sper că nu o discută nimeni.

Vom avea astfel la dispoziţie date impozante, cari ne vor permite să tragem învăţăminte foarte preţioase.

Pentru a putea aduna în mod ştiinţific acest material am procedat în modul următor.

In volumul «Probleme de medicină de război», am publicat — cu Petroşanu, Porumbaru şi Vasiliu — Vade mecum pentru chirurgie de război, care cred că a servit şi am văzut cu satisfacţie la unii răniţi veniţi de pe front puse diagnosticele aşa cum le-am formulat noi, după nomenclatura germană.

Utilizând o nomenclatură unitară este mai uşor să facem centralizarea datelor şi o statistică mai mare.

Când am primit răniţi veniţi dela spitalele germane de campanie am văzut cu satisfacţie, că aveau foi de observaţie aproape ca cele propuse de mine.

S'au mai făcut apoi tablete uniforme care s'au vulgarizat foarte repede.

Aceste foi de observaţie vor forma un adevărat tezaur dacă vor fi completate şi clasate.

Cred că ar fi bine să fie clasate pe regiuni şi în ordinea în care este schiţa ce urmează.

Clasarea aceasta poate prezenta dificultăţi la cazurile de polirăniri.

Am fost întrebat ce se face cu observaţia unuia cu fractură craniană şi alte fracturi. Am răspuns: se clasează la diagnosticul afecţiunei celei mai grave, adică fractura craniană.

Dacă sunt cazuri de leziuni multiple similare ca valoare, atunci se vor trece la polirăniri.

Ar mai fi util, ca la dosarele care s'ar face cu foile de observaţie să se ataşeze la început un repertoriu de conţinut şi anume: număr de ordine; nume şi pronume; contigentul; unitatea; diagnosticul; starea la eşire; clasarea militară. Aceste repertorii facilitează găsirea foilor şi vor uşura facerea statisticelor.

Modelul de statistică de chirurgie de război ce-l public aci a fost comunicat la Soc. de Chirurgie în şedinţa de la 13 Noembrie 1941.

Am atras atenţiunea colegilor la acea şedinţă, că dacă cineva ar aduna cifrele răniţilor din toate spitalele s'ar ajunge la cifre astronomice. In adevăr marea majoritatn a răniţilor au trecut prin 6—7 spitale. Ba ceva mai mult, chiar în interiorul aceluiaşi spital, un rănit era înregistrat când trecea dela o secţie la alta.

Va fi o operaţiune foarte dificilă a stabilirei situaţiei fiecărui rănit pentru a ajunge la cifra reală.

In vederea alcătuirei schiţei ce urmează am rugat pe D-rul Porumbaru Ion, care cunoaşte foarte bine limba germană, să meargă la spitalul german al aviatorilor şi să se intereseze de modul cum se face înregistrarea şi statistica,.

D-l maior medic Atwengher, a binevoit să explice cum se face statistica germană şi pentru aceasta îi aducem viile noastre mulţumiri.

Rănitul primeşte dela primul spital de campanie o foaie de observaţie, aproape identică cu cea alcătuită de mine pentru spitalele din Bucureşti.

Foaia aceasta de observaţie se completează la toate formaţiile pe unde trece rănitul. Când rănitul s'a vindecat sau a murit, spitalul unde s'a găsit rănitul înaintează foaia la Centrala din Berlin, care face statistica şi toate formele necesare pentru situaţia sa militară.

Sistemul acesta a permis serviciului sanitar german să aibă acel imens material documentar asupra chirurgiei din războiul trecut.

Se ştie ce dificultăţi a avut Generalul Vicol, când a vrut să facă o sinteză a războiului nostru din 1916—1918.

D-l general Saidac, a declarat în şedinţa dela 13 Noembrie 1941, a Soc. de Chirurgie că are intenţia să adune toate foile de observaţie la un loc sigur şi în acelaş timp a cerut tuturor spitalelor să facă un istoric al activităţii lor.

D-l dr. Iorgulescu, a fost însărcinat să centralizeze la serviciul medical militar toate datele. Sperăm că i se vor pune la dispoziţie toate mijloacele şi personalul necesar ca să poată prelucra acest material imens.

Credem, că este absolut necesar să se creeze un serviciu statistic la M. A. N. Direcţia Sanitară.

Natural, că un tip de statistică în genul celei propuse de mine are un caracter de generalizare, care nu evidenţiază suficient anumite probleme.

O astfel de statistică nu poate satisface pe un specialist, care nu se poate servi numai de cifre globale. Ca să fiu mai clar, îmi permit să exemplific. Dacă cineva vrea să facă un studiu asupra plăgilor penetrante craniene, sigur că nu găseşte toate datele necesare. In adevăr, pentru un astfel de studiu, este nevoe de detalii numeroase. In primul loc sunt localizările, complicaţiile, corpii streini, etc. Aceste studii le facem fiecare din noi pe materialul nostru, sau în serviciile de specialitate.

In adevăr statistici de acestea se vor face în serviciile de neuro-chirurgie, stomatologie, oftalmologie, etc.

Dacă se adună la un loc toate foile de obseraţie şi dacă acestea sunt clasate pe regiuni, aşa cum propun, atunci cercetarea şi facerea lucrărilor se face cu uşurinţă.

Schiţa de statistică ce o propun cu toate precauţiile ce am luat, cred că nu este desăvârşită.

De aceia voiu fi recunoscător oricui îmi va semnala orice lipsă sau orice ar putea s'o îmbunătăţească.

Urmează această schiţă cu o statistică model, făcută pe cei 254 de ofiţeri îngrijiţi, în majoritate personal de mine, în spitalul şi sanatoriul Brâncovenesc.

SCHEMA

STATISTICA CHIRURGICALĂ DE RĂSBOI (ofițeri internați la Sanatoriul Brâncovenesc dela 9.VII — 20.IX.1941).

Regiuni	AFECȚIUNI CHIRURGICALE	Numărul plăgilor	AGENTUL CAUZAL					Starea la plecare				Situația militară		
			Glonte	Schijă	Glonte și schijă	Arme albe	Alte cauze	Vindecat	Pe cale de vindecare	Statu quo	Mort	Recuperabil	Reformat temporar	Reformat definitiv
CRANIUL	Plăgi superficiale ale craniului	5	4	1	—	—	—	4	1	—	—	5	—	—
	Plăgi penetrante ale craniului cu fractura bolții și bazei	3	1	2	—	—	—	2	1	—	—	3	—	—
	Plăgi cu fractura bolței craniului	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
	Plăgi cu fractura bazei craniului	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale craniului cu leziuni nervoase	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—
	Plăgi ale craniului complicate cu alte leziuni multiple	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total....	10	7	3	—	—	—	7	3	—	—	9	1	—
	Fracturi închise de boltă													
	Fracturi închise de bază	6	—	—	—	—	6	1	5	—	—	6	—	—
	Comoții cerebrale													
	Total....	6	—	—	—	—	6	1	5	—	—	6	—	—
FAȚA	Plăgi superficiale ale feței	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
	Plăgi ale urechei	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale nasului	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale glandelor salivare	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale nasului cu leziuni osoase	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale buzelor	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale cavității bucale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale globului ocular	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fractura oaselor feței și a maxilarului sup.	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
	Plăgi cu fractura maxilarului inferior	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
	Plăgi cu fractura maxilarului superior și inferior	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total....	3	2	1	—	—	—	1	2	—	—	3	—	—
	Luxații temporo-maxilare													
	Total....													
GÂT	Plăgi superficiale	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
	Plăgi penetrante simple	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
	Plăgi cu leziuni nervoase	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni vasculare (anevrisme)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni vasculo nervoase	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni laringelui	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni faringelui	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni ale laringelui și faringelui	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
	Total....	3	1	2	—	—	—	3	—	1	—	3	—	—
RACHIS	Plăgi superficiale	3	2	1	—	—	—	—	3	—	—	3	—	—
	Plăgi cu fractura coloanei vertebrale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fractura coloanei vertebrale cu leziuni medulare	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fractura coloanei vertebrale cu leziuni medulare și alte turburări	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total....	3	2	1	—	—	—	—	3	—	—	3	—	—
	Centuzia coloanei vertebrale cu comoții													
	Luxații vertebrale: cervicale													
	Luxații vertebrale: dorsale													
	Luxații vertebrale: lombare													
	Total....													
TORACE	Plăgi superficiale	13	5	8	—	—	—	4	9	—	—	13	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni ale pleurei	11	5	6	—	—	—	5	6	—	—	11	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni viscerale unice	5	3	2	—	—	—	4	1	—	—	5	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni viscerale multiple	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plagă penetrantă a pericardului	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plagă penetrantă a cordului și a pericardului	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plagă penetrantă a vaselor	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi toraco abdominale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total....	29	13	16	—	—	—	13	16	—	—	29	—	—
	Fractură de coastă fără leziune pulmonară	2	1	1	—	—	—	1	1	—	—	2	—	—
	Fractură de coastă cu leziune pulmonară	2	1	1	—	—	—	1	1	—	—	2	—	—
	Total....	4	1	1	—	—	—	1	1	—	—	2	—	—

Dicodid «Knoll»

calmează şi cea mai intensă tusă

In afară de calmarea repede a centrului tusei, Dicodidul produce simultan analgezie;

bine dozat, abia se ivesc fenomene accesorii (greaţă); nu produce decât foarte rar constipaţie.

Rp. Tablete Dicodid «Knoll»

Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 20 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,01 gr.

De 2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr. Se va lua întotdeauna după masă. E bine să se înceapă întotdeauna cu doze mici. Copiilor li se va da pro dosi 1/4—1/2 din tabletele de 0,005 gr.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.

Produse chimico-farmaceutice, Bucureşti 3. Str. Atena 29

Myoston

Pe baza de adenosină phosphorică MAP.

Myotonic pentru destindere vasculară mai ales a circulației coronare. Profilaxie și tratament de întreținere al anginei pectorale. Pentru mărirea capacității de travaliu a cordului la bătrâni. Abuz de nicotină și cofeină.

In angina pectorală: 20 injecții intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac și gangrenă: zilnic 2—3 inj. 2 cc. Tratament de întreținere: 3—4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. și 2 cc Flac. 20 cc.

Codex S. A. R. Calea Șerban-Vodă 41, București

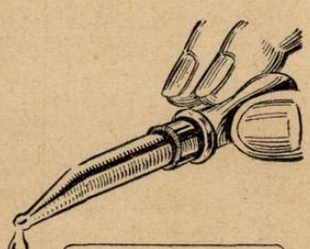
Dolorsan-Balsam

- *Sciatică*
- *Nevralgii*
- *Polyartrită*

După aplicare se înfășoară cu flanelă

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București

GRIPĂ RĂCEALĂ GUTURAI CATAR



2 — 8 picături pe zahăr sau în cafea, ceai, lapte. 3 ori pe zi.

Laryngsan

4,52% Iod, Comfor, Ol. Menth. pip., NH_3, Natr. coff. benz., Alcool

Regiuni	AFECȚIUNI CHIRURGICALE	Numărul plăgilor	AGENTUL CAUZAL					Starea la plecare				Situația militară		
			Glonte	Schijă	Glonte și schijă	Arme albe	Alte cauze	Vindecat	Pe cale de vindecare	Statu quo	Mort	Recuperabil	Reformat temporar	Reformat definitiv
ABDOMEN	Plăgi superficiale ale peretelui abdominal	4	4	—	—	—	—	3	1	—	—	4	—	—
	Plăgi penetrante fără leziuni viscerale.	2	1	1	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni ale ficatului	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni ale stomacului	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni ale intestinului	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni ale splinei.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni ale rinichiului	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni ale pancreasului	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni ale vezicei urinare	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni vasculare.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi penetrante cu leziuni poliviscerale	2	1	1	—	—	—	1	—	—	1	1	—	—
	Total....	10	8	2	—	—	—	8	1	—	1	9	—	—
BASIN PERINEU ORG. GENITALE	Plăgi ale perineului	2	—	—	—	—	2	1	1	—	—	2	—	—
	Plăgi perianale cu fracturi ale oaselor basinului	1	—	1	—	—	—	—	1	—	—	1	—	—
	Plăgi ale organelor genitale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale rectului	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total....	3	—	1	—	—	2	1	2	—	—	3	—	—
	Hemoroizi	4	—	—	—	—	4	4	—	—	—	4	—	—
	Fistule perineo-rectale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Abcese și flegmoane perianale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total....	4	—	—	—	—	4	4	—	—	—	4	—	—
MEMBRUL SUPERIOR	Plăgi superficiale	14	8	6	—	—	—	13	1	—	—	14	—	—
	Plăgi profunde	15	10	6	—	—	—	5	11	—	—	15	—	1
	Plăgi cu leziuni ale plexului brahial.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni ale nervului cubital.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni ale nervului radial..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni ale nervului median.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni vasculare	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu anevrisme arteriale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu anevrisme arterio-venoase..	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fractura claviculei	2	1	1	—	—	—	1	1	—	—	2	—	—
	Plăgi cu fractura omoplatului	4	1	3	—	—	—	2	2	—	—	4	—	—
	Plăgi cu fractura humerusului	12	10	2	—	—	—	5	7	—	—	12	—	—
	Plăgi cu fractura radiusului	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
	Plăgi cu fractura cubitusului	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
	Plăgi cu fractura radiusului și cubitusului	2	2	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—	—
	Plăgi cu fractura carpului	1	1	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—
	Plăgi cu fractura metacarpului	2	1	1	—	—	—	2	—	—	—	2	—	—
	Plăgi cu fractura falangelor	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—	—
	Plăgi cu polifracturi	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale articulației scapulo-humerale	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale articulației cotului	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale articulației radio-carpiene	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale articulațiilor inter-carpiene.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale articulațiilor carpo-metacarpiene	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale articulațiilor carpo-falangiene	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi ale articulațiilor interfalangiene.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fracturi cu gangrena gazoasă.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Total....	56	36	20	—	—	—	34	22	—	—	56	—	1
	Fractură închisă a claviculei													
	Fractură închisă a omoplatului													
	Fractură închisă a humerusului													
	Fractură închisă a oaselor antebrațului.													
	Fractură închisă a carpului													
	Fractură închisă a metacarpului													
	Fractura închisă a falangelor													
	Total....													
	Sterno-claviculare													
	Luxațiile claviculei Acromio-clavi-culară													
	Luxația scapulo-humerală													

Regiuni	AFECȚIUNI CHIRURGICALE	Numărul plăgilor	AGENTUL CAUZAL					Starea la plecare				Situația militară		
			Gloanțe	Schije	Gloanțe și schije	Arme albe	Alte cauze	Vindecat	Pe cale de vindecare	Statu quo	Mort	Recuperabil	Reformat temporar	Reformat definitiv
MEMBRUL SUPERIOR	Luxația cotului													
	Luxația radio-carpiană													
	Luxații carpo-metacarpiene													
	Luxații metacarpo-falangiene													
	Amput. accidentale ale mâinii Totale. Parțiale.													
	Amputații accidentale ale degetelor													
	Total....													
MEMBRUL INFERIOR	Plăgi superficiale	44	26	16	—	—	2	36	8	—	—	44	—	—
	Plăgi profunde	35	20	15	—	—	—	11	24	—	—	35	—	—
	Plăgi cu leziuni ale sistemului	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni vasculare	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu leziuni vasculo-nervoase	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fractura femurului cu gangrenă gazoasă	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fractura femurului fără gangrenă gazoasă	11	7	3	—	—	1	—	11	—	—	11	—	—
	Plăgi cu fractura tibiei cu gangrenă gazoasă	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fractura tibiei fără gangrenă gazoasă	3	2	—	—	—	1	—	3	—	—	3	—	—
	Plăgi cu fractura peroneului	2	2	—	—	—	—	1	1	—	—	2	—	—
	Plăgi cu fractura tibiei și peroneului	4	3	1	—	—	—	1	3	—	—	4	—	—
	Plăgi cu fractura rotulei	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fractura calcaneului	2	1	1	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—
	Plăgi cu fractura tarsului cu gangrenă gazoasă	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fractura tarsului fără gangrenă gazoasă	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu fractura metatarsului	2	1	1	—	—	—	—	2	—	—	2	—	—
	Plăgi cu fractura falangelor	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Plăgi cu polifracturi cu gangrenă gazoasă	4	1	3	—	—	—	—	2	—	2	2	—	—
	Plăgi cu polifracturi fără gangrenă gazoasă													
	Plăgi ale articulației coxo-femurale													
	Plăgi ale articulației genunchiului													
	Plăgi ale articulației tibio-tarsiene													
	Plăgi ale articulațiilor intertarsiene													
	Plăgi ale articul. tarso-metatarsiene													
	Plăgi ale articulațiilor metatarso-falangiene													
	Plăgi ale articulațiilor inter-falangiene													
	Total....	107	63	4	—	—	4	49	56	—	2	105	—	—
MEMBRUL INFERIOR	Fractură închisă a femurului													
	Fractură închisă a oaselor gambei													
	Fractură închisă a tarsului													
	Fractură închisă a metatarsului													
	Fractură închisă a falangelor													
	Fracturi cu gangrenă gazoasă													
	Luxația coxo-femurală													
	Luxația genunchiului													
	Luxația tibio-tarsiană													
	Amputații accidentale ale labei piciorului cu gangrenă gazoasă													
	Amputații accidentale ale labei piciorului fără gangrenă gazoasă													
	Amputații accidentale ale degetelor cu gangrenă gazoasă													
	Amputații accidentale ale degetelor fără gangrenă gazoasă													
	Total....													
PLĂGI MULTIPLE CU DIVERSE MALADII	Plăgi multiple	7	2	5	—	—	—	5	2	—	—	7	—	—
	Arsuri	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Degerături	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Psihoze	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Contuzii multiple	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—
	Enterite	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—
	Astenie	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—
	Febră tifoidă	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Tifos exantematic	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Erisipel	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Tetanos	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Șoc traumatic	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	Otită	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
	Total....	11	2	5	—	—	4	8	3	—	—	11	—	—

In toate bolile infecţioase şi în răceli

Provoacă o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de rezistenţă ale organismului

Toleranţă perfectă chiar la sugari.

Cutii cu 1, 3, 12, 50 şi 100 fiole de 2 cmc.

BAYER

»Behringwerke« LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.86.

ULMARA „GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDA

ANTIREUMATIC — ANALGETIC — REVULSIV

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

Regiuni	AFECȚIUNI CHIRURGICALE	Numărul plăgilor	AGENTUL CAUZAL					Starea la plecare				Situația militară		
			Glonte	Schijă	Glonte și schijă	Arme albe	Alte cauze	Vindecat	Pe cale de vindecare	Stări quo	Mort	Recuperabil	Reformat temporar	Reformat definitiv
TORACE	Pleurezii purulente	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—
	Abces pulmonar													
	Gangrenă pulmonară													
	Flegmoane													
	Total	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—
ABDOMEN	Apendicite simple cu peritonită localizată	4	—	—	—	—	4	4	—	—	—	4	—	—
	Apendicite simple cu peritonită generalizată													
	Ernii simple													
	Ernii strangulate													
	Ulcere gastro-duodenale simple													
	Ulcere gastro-duodenale perforate													
	Cholecistite acute													
	Cholecistite cronice	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	1	—	—
	Ocluzii cu gangrena intestinului													
	Ocluzii fără gangrena intestinului													
	Total	5	—	—	—	—	5	5	—	—	—	5	—	—
MEMBRUL SUPERIOR	Gangrene simple													
	Gangrene gazoase													
	Flegmon	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—
	Total	1	—	—	—	—	1	—	1	—	—	1	—	—
MEMBRUL INFERIOR	Gangrene simple													
	Gangrene gazoase													
	Flegmon													
	Total													
	Total general	254	135	92	—	—	27	134	116	1	3	249	1	1

Erupțiunile cutanate produse de tratamentul antisifilitic și reacțiunile serologice

de Conf. Dr. FL. SARAȚEANU și Intern G. NICOLAU
Medic primar la Spitalul Brâncovenesc

S'a observat, încă de mult, că majoritatea bolnavilor cari fac în cursul tratamentului antisifilitic o erupție cutanată generalizată cu caracter mai grav și de durată mai lungă, pot ajunge la negativitate serologică mai mult sau mai puțin durabilă și uneori chiar definitivă.

Cei cari au studiat însă această chestiune mai de aproape, au fost *Buschke și Freymann*, cari într'o publicațiune din 1921, au afirmat că exantemele salvarsanice severe pot avea o influență favorabilă asupra evoluției sifilisului, atât din punct de vedere serologic cât și clinic.

Cercetări ulterioare au dus însă la concluziuni divergente, deoarece unele dintre ele au confirmat părerea lui Buschke și Freymann, în timp ce altele au contestat orice influență favorabilă.

Pentru a ne face o părere mai precisă asupra acestei chestiuni, am studiat observațiunile cazurilor de eritrodermii internate în Clinica Dermatologică de sub conducerea d-lui prof. Nicolau, între anii 1921 și 1940. In acest timp, au fost ospitalizate în serviciul clinicei 138 cazuri de exanteme medicamentoase, și anume 136 consecutive unor preparate arsenicale (neosalvarsan, novarsenobenzol, solusalvarsan, neoiacol, neosalutan, sulfarsenol) iar 2 de origine bismutică.

Din cei 138 bolnavi, 70 au fost bărbați și 68 femei.

Din observațiunile celor 138 bolnavi ca și din literatura existentă asupra acestei chestiuni, rezultă că există o deosebire între erupțiunile salvarsanice uscare, reduse la faza de eritem și cele mijlocii ori grave, cu tumefacțiune și edem cutanat, cu o reacțiune eczematiformă, însoțite de febră și având o durată de săptămâni ori mai adesea chiar de luni de zile. Acestea din urmă sunt cele cari influențează evoluția infecțiunii sifilitice și se pare că acțiunea lor asupra sfilisului în general și asupra serologiei în special, ete cu atât mai accentuată cu cât durata erupțiunei este mai lungă (1).

Acțiunea negativantă a erupțiunilor produse de tratamentul antisifilitic nu este însă constantă.

In statistica noastră, examenul serologic a arătat în timpul ospitalizării bolnavilor 61,7% rezultate negative, 28,7% rezultate pozitive și 9,6% rezultate divergente. *H. Ritter* și *O. Marsbach* adunând în 1925, 80 cazuri din literatură, au găsit un procent de 78 8% rezultate negative și 21,2% încă pozitive la terminarea erupțiunii.

Ameliorarea ori negativarea reacțiunilor serologice s'ar produce, după observațiunile lui *Cannon*, destul de rapid, către a doua sau a 3-a săptămână care urmează apariținnii erupțiunii.

In cazurile unde se produce, negativarea interesează de obicei toate reacțiunile. In cazurile mai rare, de divergență serologică, reacțiunile de fixare a complementului par mai repede și mai frecvent negativate, decât reacțiunile de precipitare. Aceiași constatare a fost făcută și de *Cannon* pentru reacțiunea Kahn, care poate rămâne uneori pozitivă în timp ce alte reacțiuni s'au negativat.

1) Afirmațiunea lui *Cannon*, că gradul de intensitate al erupțiunii nu are valoare din punct de vedere al neativării reacțiunilor serologice, rămâne izolată și discutabilă.

Unul din noi a putut observa de curând un caz de sifilis primar seronegativ, ur de tratamentul abortiv mixt arsenico-mercurial a dat naștere după scurtă vreme la o erupțiune medicamentoasă neosalvarsanică ușoară de tip eritematos, pruriginoasă, în placarde izolate. Tratamentul fiind întrerupt pentru moment, erupțiunea medicamentoasă n'a putut împiedeca apariținnea rozeolei, care a fost însoțită și de o serologie forte pozitivă.

pozitive ori scad în intensitate fără a ajunge la negativare, ele se pot negativa ulterior, relativ repede, prin bismut ori mercur, dacă bolnavul n'a rămas cu o poli-intoleranţă medicamentoasă şi poate suporta astfel unul ori altul din aceste preparate antisifilitice.

G. Birnbaum, pe baza materialului din Clinica *Prof. Zieler* şi de asemenea *Cannon*, susţin că influenţa eritrodermiilor asupra serologiei se manifestă mult mai regulat în cazurile de sifilis secundar de cât în cele de sifilis terţiar. Observaţiunile noastre pledează în acelaş sens, deoarece 61,3% din cazurile cu serologie negativă aparţineau unor bolnavi cu sifilis recent, primo-secundar ori secundar, restul de 38,7% fiind reprezentat de cazuri cu sifilis mai vechi.

Durata negativării serologice este variabilă. După observaţiunile unuia dintre noi, sunt cazuri unde negativitatea rămâne definitivă. Asemenea situaţie se observă de obicei la bolnavii cari au făcut o erupţiune severă, generalizată şi de lungă durată.

Pentru aceşti bolnavi cari uneori rămân cu intoleranţă faţă de toate medicamentele antisifilitice, negativarea definitivă şi lipsa de recidive clinice, constitue singura consolare, o adevărată «concesie a naturii», după expresiunea lui R. Bernard.

Alteori reacţiunile serologice rămân negative un timp mai scurt ori mai lung, pentru a se pozitiva apoi din nou, fiind însoţite sau nu în acelaş timp şi de o recidivă clinică.

G. Birnbaum, *K. Ulmann* precum şi *L. Klenschmidt* cred că atenuarea reacţiunilor serologice ori negativarea lor nu se datoreşte exantemului, ci tratamentului făcut de bolnav. Conform acestei păreri, ar trebui ca procentul de negativitate să meargă în raport direct cu cantitatea de tratament făcută până la apariţiunea erupţiunii.

In cazurile noastre, 43,5% din cei cu reacţiuni serologice negative primise un tratament sub o serie, redus uneori numai la câteva injecţiuni, 24% din bolnnavi terminase o serie ori abia începuse o a doua serie, iar 32% urmase un tratament de 2—3 ori mai multe serii până în momentul când s'a produs erupţiunea cutanată.

Din aceste cifre rezultă că nu există o regularitate în ce priveşte negativarea serologică o bolnavilor cu exanteme medicamentoase şi cantitatea de tratament administrată până la apariţiunea erupţiunii, constatare care de altminteri corespunde părerii celor mai mulţi sifiligrafi cari au studiat această chestiune.

S'a mai spus încă că negativarea ar putea recunoaşte drept cauză febra care însoţeşte erupţiunile produse de tratamentul antisifilitic *(Lesser, Kyrle*, etc.). S'a observat însă că nu toate cazurile unde se produce o negativare serologică se însoţesc de o febră intensă şi durabilă.

Negativarea reacţiunilor serologice în cazurile cu erupţiuni cutanate mijlocii şi grave, consecutive tratamentului antisifilitic, neputând-se explica prin tratamentul făcut de bolnav până în momentul apariţiunii exantemului şi nici prin febra care însoţeşte erupţiunea, rămâne a fi explicată pe altă cale.

După cele mai multe păreri, această negativare se datoreşte însăşi erupţiunii. Mecansimul fenomenului nu este însă precis cunoscut şi de aci s'au născut diverse presupuneri cari se referă la acţiunea de secreţiune internă a pielei, la sistemul neurovegetativ, la apariţia în circulaţiune a unor fermenţi proteolitici cu provocare de distrugere proteolitică şi acţiune consecutivă de ajutor a organismului în lupta contra infecţiunii, etc..

S'a observat că o iritaţie mai puternică şi de durată mai lungă a pielei, creşte puterea de apărare a organismului contra infecţiunii treponemice, mărind efectul tratamentului specific.

In această direcţiune există unele fapte de observaţiune, demne de luat în consideraţiune.

După unele cercetări, datorite lui *R. Bernard* şi bazate pe statistici, însăşi faptul apariţiunii rozeolei ar constitui un element favorizant în ce priveşte apărarea organismului, întrucât după observaţiunile sale, la bolnavii trataţi după ivirea roseolei, evoluţia infecţiunii ar fi mai benignă decât la bolnavii cari încep tratamentul înaintea rozeolei, adică înainte de realizarea unei apărări cutanate.

Tot datorită unei iritaţii cutanate s'ar explica acţiuea băilor sulfurate şi aceea a fricţiunilor mercuriale, acestea din urmă având astfel pe lângă acţiunea lor specifică şi o acţiune favorabilă nespecifică. Faptul este posibil şi unul din noi a putut observa că acest vechi procedeu de tratament antisifilitic este capabil să negativeze unele reacţiuni serologice refractare la alte tartamente antisifilitice.

S'a mai susţinut încă, că cei cu sifilis recent cari au în acelaş timp şi diverse erupţii cutanate acute ori diverse dermatoze cronice sau recidivanet, s'ar bucura de o evoluţie mai benignă a sifilisului lor *(Prof. Gougerot)*.

Alte fapte de observaţie sunt acelea cari privesc influenţa agenţilor fizici asupra sifilisului prin intermediul pielei. Din acest punct de vedere sunt de remarcat cercetările lui *Rajka* şi *Radnai* cari recomandă razele ultraviolete în asociaţie cu autohemoterapia pentru negativarea reacţiunilor serologice, refractare la tratament.

Această acţiune de apărare a organismului a fost luată în consideraţiune şi în cazurile de sifilis terţiar, şcoala vieneză sifiliografică susţinând că infimul număr de lichide cefalorachidiene patologice găsite la cei cu sifilis terţiar florid s'ar explica prin rolul protector pe care l-ar căpăta pielea faţă de sistemul nervos în urma interesării sale de procesele specifice terţiare.

In acest grup de diverse fenomene observate cari tind a pune în evidenţă rolul pielei ca organ de apărare contra infecţiunii sifilitice, s'ar încadra deci şi negativarea reacţiunilor serologice la bolnavii cu erupţiuni consecutive tratamentului antisifilitic şi această explicaţiune se poate susţine, dacă se are în vedere că negativitatea reacţiunilor serologice se produce cu atât mai frecvent, cu cât procesul cutanat eruptiv este de intensitate mai mare şi de durată mai lungă.

Din cele expuse mai sus rezultă că negativarea reacţiunilor serologice prin exanteme medicamentoase consecutive tratamentului antsifilitic este un fapt constatat frecvent.

Intrebarea care se pune este însă aceea dacă această negativare poate sau nu să fie întreruptă în sensul unei vindecări.

De sigur, întrebarea nu se poate pune pentru toate cazurile de negativare serologică, de oarece mai toţi sifiligrafii cari s'au ocupat cu această chestiune au observat relativ frecvent recidive serologice ori clinice. *Prof. Gougerot* amintea chiar într'unul din articolele sale de «legenda vindecării după eritrodermia arsenicală» iar *Busche şi Freymann* admiteau nu o vindecare propriu zisă ci o influenţă favorabilă a exantemelor medicamentoase asupra evoluţiei sifilisului.

Fără a exagera această acţiune a eritrodermiilor medicamentoase, chestiunea unei eventuale vindecări rămâne totuşi pentru acele cazuri mai rare cu serologie negativă în urma unei erupţiuni grave şi de lungă durată şi cari au rămas serologic negative şi fără recidive clinice timp de ani de zile în lipsa continuării ori cărui tratament specific, din cauza intoleranţei bolnavului faţă de toate medicamentele antisifitice. Un răspuns precis nu-l va putea da însă de cât o lungă observaţiune a acestor cazuri.

— Hormonii foliculari şi ai corpului galben izolaţi până în prezent nu sunt singurii Hormoni secretaţi de ovar.
— In majoritatea cazurilor un singur Hormon nu rezolvă tratamentul unei disfuncţiuni ovariene.
— Deaceea prezentăm corpului medical un extract total ovarian sub o formă nouă (în soluţie oleoasă) care include în afară de Hormonii menţionaţi, absolut toate proprietăţile glandei totale.

Lipogyn

FORME CLINICE :

Fiole a 1 cmc. conţinând 25 milgr. de extract liposolubil.
Dragele conţinând 10 milgr. de extract liposolubil.

FARMAOLT S. A. — BUCUREŞTI — CALEA GRIVIŢEI 67 TEL. 4.98.08

Meno şi Metroragii

Epifizormon

EXTRACT HIDROSOLUBIL DIN GLANDA PINEALA

Fiole A 1.1 c.c = 10 ctgr. extract

PENTRU INJECŢIUNI SUBCUTANE ŞI INTRAMUSCULARE

„FARMAOLT" S. A. Bucureşti, Calea Griviţei No. 67. Telefon 4.98.08.

3 PREPARATE

„RIEDEL“

CU REPUTAȚIE MONDIALĂ

DECHOLIN

Comprimate și fiole

Coleretic și cholagog. Singura substanță hepatotropă injectabilă.

NOCTAL

Comprimate

Hipnotic suveran. Degradarea complectă în timp de 6 — 8 ore.

NEOHEXAL

Comprimate

Desinfectant urinar. Eficace și cu gust plăcut. Foarte indicat și în pediatrie.

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Literatură la cerere prin reprezentanță:

RUDOLF FOREK, BUCUREȘTI III, Strada General Eremia Grigorescu 6

Injecțiile în situ cu sulfamide în tratamentul bolii lui Nicolas Favre forma inguinală *)

de Dr. DAN E. MOUCHA

Încă de acum câțiva ani, am administrat *per os* sulfamidele, în tratamentul bolii lui Nicolas Favre, forma inguinală.

Am avut rezultate bune, obținând o rapidă cedare a tumorei cât și a fenomenelor generale. Totuși, administrarea sulfamidelor celor mai active (Dagenan, Septoplix), ne-au obligat la o manieră foarte prudentă și uneori la o diminuare a dozelor mari (care sunt cele mai active), în special la bolnavii cu o stare generală mai mediocră sau mai în vârstă sau în fine cu tare hepato-renale. La alți bolnavi, lipsiți de aceste eventualități, am înregistrat totuși unele fenomene secundare, fără o gravitate prea mare și cunoscute de altfel din administrarea sulfamidelor: cefalee, inapetență, cianoze sau furnicături la extremități.

Considerentul că sulfamidele au acțiune certă, ne-au incitat de a crede că prin aplicarea *in situ* a sulfamidoterapiei, vom avea numai avantagiile ei.

Deși nu avem decât două cazuri, la cari am aplicat tratamentul imaginat de noi, totuși credem că încercat pe o scară întinsă, va confirma supoziția noastră că administrarea *in situ* a sulfamidelor albe, constitue în prezent, poate calea optimă, pentru forma inguinală a bolii lui Nicolas Favre.

Vom reda *în extenso* observațiile noastre:

I-ul caz. Este vorba de caporalul Bârg.. Ion de 22 ani intrat în ziua de 21 August 1940, la Serviciul Chirurgical al Spitalului Militar «Monteorus 1). Afecțiunea datează cam de vre-o trei săptămâni de când i-a apărut în regiunea inguinală dreaptă o tumefiere care s'a mărit treptat, și în ultimele 8—10 zile fiind însoțită de dureri destul de mari. Dela apariția bolii, a avut o stare febrilă variabilă, unori mult accentuată și care s'a întețit în ultimul timp. Nimic de reținut cât privește antecedentele sau vre-o infecție venerică evidentă. Nu este căsătorit. La *examenul obiectiv* constatăm că regiunea inguinală dreaptă prezintă o tumefiere cuprinzând-o aproape în întregime și depășind-o în jos și deasupra. Tumefierea este dură în general, neuniformă, fixă și destul de dureroasă. Tegumentele infiltrate, în totul sunt mai subțiri roșiatice și pe alocurea, la centru, sunt chiar violacee. In partea centrală, se percepe și o tendință de «înmuere» locală. Vie reacție de periadenită cu jenă destul de accentuată la mers. Nu se constată nimic genial. Febril: 38,5. Star. generală bună.

Evoluția. Până la 26 August nu-i putem face nici un tratament, deoarece nu aveam certitudinea afecțiunii lui Nicolas Favre. La această dată, având antigenul, îi practicăm reacția lui Frei, pe care o mai practicăm și la un martor. După 48 ore, recția este pozitivă-net pentru bolnavul nostru, suspect și nulă pentru celelalte. Reacțiunea se prezintă sub forma de nodul eritematos cam de un diametru de 2 cm., de aspect papulos și dureroasă. Dispunând numai de câteva comprimate de «Dagenan», îi dăm per os din această substanță timp de 2 zile câte 4 comprimate. Nu observăm decât o ușoară scădere a temperaturei. Neavând din acest produs alte comprimate, nu-i administrăm nimic altceva până la data de 5 Septembrie când febra oscilează din nou în jurul temperaturei de 38°, iar starea locală nu avea nici o modificare în bine, față de cum era la început. La această dată, găsind iarăși câteva comprimate de «Dagenan», luăm hotărîrea de a i le administra *in situ*. Cele cinci comprimate de «Dagenan» le-am dizolvat în 50 gr. apă distilată, obținând astfel 5%, pe care am sterilizat-o la Bain-Marie, timp de 20 minute. **Technica** aplicată a fost următoarea: după degresarea regiunei cu benzină și alcool, am practicat *în massa tumorală* șase injecții — a 1 cc. — dispuse astfel, ca să «blocăm» această massă, din toate părțile. S'a întrebuințat un ac de 4 cm., din acela pentru injecțiile intra-venoase. Evident că, înainte de injecție s'a agitat bine soluția care desigur că nu era omogenă și în repaus, subsanța se lăsa la fund. Această neomogenitate a soluției, o credem a fi un avantaj și iată de ce: particulele din substanță, odată introduse în țesuturi, rămân mai mult timp, constituind un «depozit», și absorbindu-se deci mai încet, mult mai încet poate decât ca atunci când soluția perfect omogenă ar difuza mult mai repede. Această punere în «depozit» a soluției, ar contribui să producă un efect continuu. Injecțiile (afară de ultima), le-am practicat trecând prin țesutul sănătos.

In timpul injecțiilor, bolnavul a acuzat o ușoară stare de senzație de tensiune dureoasă care era în totul perfect suportabilă. De reținut că după fiecare injecție am masat locul, dela periferie spre centru, iar după terminarea lor am făcut un masaj general concentric. S'a aplicat un pansament uscat, aseptic, după ce am badijonat cu alcool. Examinând bolnavul, chiar în seara acestei zile de injecție, acesta ne declară că simte o ușurare locală, care constă în aceea că ar putea mișca mai liber articulația șoldului. Local nu observăm deocamdată nimic iar febra este scăzută la 37 gr. A doua zi, local, se constată o ușoară dar evidentă scădere a tumorii, tegumentele sunt mai «calme», mai puțin transparente în zona centrală. *Subiectiv* amelorarea este mai mare. In această zi, repetăm aceleași injecții, cu deosebirea numai că le începem dela partea inferioară a tumefacției, iar ultima injecție este făcută în sens invers. Pentru a ne putea face o idee mai evidentă de schimbările ce se produc, revedem local bolnavul, tocmai după două zile, constatând o incontestabilă cedare a tumorii, și o decolare a tegumentelor centrale. Febră nu mai are de loc. Star. generală foarte bună. Articulația șoldului foarte mult liberă. Revăzut la 11 Septembrie, constatăm că fluctuența (care începusem a o observa dela precedenta dată), este spre surprinderea noastră, complet dispărută. De acum încolo, în fiecare zi scăderea tumorei inguinale este mai evidentă Dureri nu are absolut de loc. Starea generală din cele mai bune. La 18 Septembrie, adică în a 13-a zi dela prima ședință de injecții, regiunea inguino-abdominală dreaptă mai prezintă o ușoară ridicare de nivel, abia vizibilă la inspecție și decelabilă la palpare: astfel, există încă o induratie cam de o lățime de 2 cm., dură, neregulată, afectând forma ganglionilor, mobilă Tegumentele, la partea lor centrală, sunt îngroșate și vizibil pigmentate. La data de 28 Septembrie, când bolnavul părăsește spitalul, se percep numai ganglionii, cât niște alune mijlocii, mobili și complect nedureroși.

Al II-lea caz. Este vorba de Best... 32 ani, căsătorit, de profesiune muncitor, intrat în spitalul de chirurgie, accidente de muncă și mecano-terapie, în ziua de 24 Ianuarie 1941, pentru dureri și tumori în regiunea inguinală. Din antecedente, nu se poate reține nimic important. Afecțiunea a început acum vre-o săptămână, prin dureri în regiunea inguinală dreaptă, după care a simțit apariția unei tumefieri la acel nivel. La câteva zile apoi, îi apare o altă tumefiere în stânga.

Aceasta din urmă era nedureroasă, pe când cea din dreapta era dureroasă și după 3—4 zile ajunge cât un ou de găină. Cea din stânga rămâne la volumul unei prune mijlocii și devine și ea dureroasă, Treptat, durerile devin foarte accentuate odată cu apariția unei stări febrile, diminuarea apetitului, și turburări digestive. Cam la 7—8 zile după apariția tumorilor, starea generală cât și cea locală, se înrăutățesc astfel, încât

*) Lucrare făcută în Spit, de Chirurgie, accidente și mecano-terapie al Casei Centrale a Asigurărilor Sociale, Director Dr. *Petre Topa*.

bolnavul se decide a se interna în spital. *Examenul clinic*: In şanţul balano-prepuţial se constată două mici vezicule erodate, dureroase şi de aspect herpetic. In regiunea inguinală dreaptă se constată- în jumătatea internă, o tumoare de mărimea unui ou de găină mare, uşor turtită în sens antero-posterior, destul de mobilă pe planul subjacent şi dureroasă. Are o consistenţă dură, uniformă, cu tegumentele dela nivelul ei relativ puţin îngrăşate şi aderente, de tumoarea ganglionară. Nu există nici o modificare de coloraţie a tegumentelor, la nivelul de mai sus. La stânga, exact la mijlocul regiunei inguinale, există o tumoare cam cât o prună mijlocie, mai mobilă şi mai puţin dureroasă ca cea din dreapta, dar tot aşa de dură ca şi aceasta. Tegumentele nu sunt deloc modificate la nivelul acestei tumori. Nimic altceva de notat în regiunile inguino-addominale sau la alte regiuni sau organe. *Subiectiv*, acuză o cefalee destul de importantă, o stare anorexică, şi dureri locale destul de mari. Este febril 38.6, cu o stare generală relativ mediocră. In ziua următoare (25 Ianuarie), îi practicăm reacţia Frei, cu 0.10 antigen. La data de 26.I, nodulul eritematos este de un diametru cam de 1,5 cm., de aspect papulo-veziculos şi dureros. Local, se constată o creştere a tumorii inguinale drepte, care este şi mai dureroasă, atât la palpare cât şi subiectiv. La stânga, nu se observă nimic nou. Ca stare generală, notăm la această dată o agravare accentuată care a survenit din timpul nopţii-febra, care în zilele consecutiv spitalizării, oscila uşor spre oarecare scădere, ajunge din nou la 38⁵. Are ameţeli şi cefalee. In dimineaţa acestei zile, îi practicăm injecţiile *în situ* (6 a 1 cc., soluţie 5% de Dagenan, şi o singură injecţie la tumoarea din stânga). Revăzut în seara acestei zile, constatăm că starea generală se menţine aceeaşi, ca şi dimineaţa, ba chiar poate înrăutăţită. Astfel, pe la ora 2 d. a., a avut frisoane care au ţinut până în spre seara. Febra este de 39.8, are transpiraţii iar cefaleea este mult mai accentuată. Totuşi, local, durerile au mai cedat, la dreapta, cu toate că volumul este nemodificat. Din contră, la stânga (*unde nu s'a făcut decât o singură injecţie*), tumoreta este poate chiar ceva mai crescută, dar în orice caz mai dureroasă. La 28. I, noaptea a fost agitată. Are dureri generalizate în tot corpul. Febra este ridicată dimineaţa (39.2) cu toate că durerile locale au scăzut mult. La palpare se constată o diminuare a tumefierilor inguinale. In special la dreapta, unde se prezintă ca un început de «individualizare» a ganglionilor. In cursul zilei, starea generală se ameliorează, iar după masă febra este scăzută la 38⁰. Câteva ceasuri mai târziu, temperatura este 37⁰. In acelaş timp, durerile au scăzut simţitor şi la palparea regiunilor inguinale. *29. I. Febra a scăzut complet. Starea generală foarte bună. Local: se constată o diminuare netă a ambelor masse tumorale, durerile au dispărut complet.* La palpare se constată o mobilitate mai accentuată pe planul subjacent. La tumoarea din dreapta se percepe o senzaţie de fluctuenţă în partea centrală a massei. Instruiţi dela cazul precedent, asupra apariţiei acestei fluctuenţe, dar curioşi de a şti care este examenul cito-bacteriologic, procedăm la o punctie: obţinem câteva picături de un lichid de aspect purulent şi gros, pe care îl dăm la examen. Seara, temperatura este de 37.5. La nivelul intra-dermo-reacţiei, persistă, deşi mai redusă, papula, care este mai violacee, palidă, iar induraţia mai mică. 30. I. Prezintă oarecare cefalee. Diminuarea tumorilor este şi mai evidentă. Ele se menţin indolore. Febra scăzută se menţine în jurul lui 36.5. 31. I. Fluctuenta este mai evidentă. Afebril. Zona reacţiei Frei este abia colorată şi puţin dură. 1. II. Facem o punctie cu un ac gros, chiar la centrul zonei fluctuente: 3 cc. lichid foarte gros, gălbui, uşor cafeniu, cu striaţii sanghinolente. Ganglionii se percep şi mai individualizaţi. Tumoara de stânga este mai redusă şi uşor alungită în axul inguinal. Iată examenele de laborator (d-na dr. Dimitriu):

I-ul frotiu (dela punctia din ziua de 29 Ianuarie).

Examen citologic: polinucleare alterate foarte numeroase (95%), limfocite 5%.

Examen bacteriologic: nu s'au găsit microbi.

Al II-lea frotiu (dela punctia din ziua de 1 Februarie).

Polinucleare neutrofile 72%; limfocite 27%; mucină abundentă, hematii frecvente: nu se găsesc microbi.

Pe mediile însămânţate, culturile au rămas sterile, după o incubaţie de patru zile, la 37⁰ C.

2 Februarie. In centrul massei tumorale s'a mai refăcut puţin lichid. 3. II. Prin orificiul mic al punctiei, exprimăm conţinutul redus de lichid, ce are aceleaşi caractere ca şi cel dela punctii. Se curăţă cu alcool orificiul şi se aplică câteva comprese lipite cu mastisol. *4. II. Lichidul nu s'a refăcut.* Tumoarea este foarte redusă, percepându-se numai câţiva ganglioni regulaţi, relativ duri şi complect indolori. La stânga, tumoreta este la fel redusă. Starea generală se menţine foarte bună. Bolnavul părăseşte spitalul în această zi.

Revăzut în ziua de 21.II, ne declară că induraţia din regiunile inguinale a mai persistat încă vreo 4-5 zile dela eşirea din spital. Examinându-l, se constată o foarte mică îngroşare relativ dură, situată în axul inguinal drept. La stânga, este aproape imperceptibilă. Starea generală excelentă. Bolnavul s'a mai îngrăşat. Ii facem o nouă reacţie Frei (0.10 antigen). 22.II. Se observă o foarte mică induraţie ridicată de o papulă la fel mică şi puţin eritematoasă.

Co cluzii

In cele două cazuri, la cari am aplicat procedeul imaginat de noi, pentru tratamenul formei inguinale a bolii lui Nicolas Favre, am avut deplină satisfacţie.

In primul caz, a fost vorba de o fază supurată — prefistulară, — iar în cel de al doilea de o fază pre-supurativă. Este drept că ne lipsesc încercări pentru fazele fistulizate, cu sau fără focare ganglionare concomitente în curs de supuraţie. Cercetări şi aplicări ulterioare vor arăta desigur gradul de eficacitate al acestei metode şi pentru aceste ultime faze ale bolii.

Principiul acestei metode este bazat pe faptul ştiut că activitatea sulfamidelor este direct proporţională cu *concentraţia*, ce o ating în sânge, li hidele patologice sau în ţesuturile afectate de boală. *Metoda de a le pune într'o concentraţie mare, la locul procesului patologic, constitue poate calea cea mai raţională — de câte ori e realizabilă — a sulfamidoterpiei.*

Tehnica se pare că cere câteva condiţiuni absolut necesare de îndeplinit. Mai întâi, injecţile de «blocaj», asupra tumorii. Apoi, numărul de 5—6 injecţii pare să fie o medie. Prea puţine ar fi poate mai puţin eficace. Cât priveşte titlul soluţiei întrebuinţate (5%), nu ar avea nimic fix. Credem că o concentraţie mai mare nu ar fi dăunătoare. Insistăm foarte mult, aproape o condiţie, *sine qua non*, în ceeace priveşte necesitatea de a întrebuinţa neapărat o soluţie *neomogenă*: în felul acesta substanţa absorbindu-se mai greu, ar constitui întrucâtva un depozit în ţesuturi.

Cari sunt avantajele metodei *in situ* a sulfamidoterapiei ?

1. Este perfect suportabilă pentru bolnav, neproducându-i nici o reacţie.

2. In primul caz, a fost nevoe de două şedinţe de injecţii. Este drept că era vorba de o formă supurată. In celălalt caz, mai uşor, a fost suficientă o singură şedinţă.

3. Evoluţia fenomenelor propriu zise morbide este foarte mult redusă. De remarcat rapiditatea cedării fenomenelor locale şi în primul rând a celor *subiective*. Cele obiective şi generale cedează şi ele repede.

4. Această metodă va putea să facă să beneficieze şi bolnavii cu o stare generală mediocră.

5. Bolanvii sunt foarte puţin timp spitalizaţi.

CHIMIOTERAPIA GRIPEI ŞI MALADIILOR „EX FRIGORE"

GERMICID

DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare cu 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură.

PROFILAXIA ŞI TERAPIA RACHITISMULUI

VIOSTERIN

DR. WANDER

Vitamină D standardizată în unităţi internaţionale

Uleiu
1 cmc. = 15.000 unităţi

Drageuri
1 drageu = 3.000 unităţi

EXPECTORANT ANTISEPTIC PULMONAR RECALCIFIANT

ERIGON

DR. WANDER

Sirop

IN TUBERCULOZA BRONŞITE, GRIPA

Mostre şi literatură trimite la cerere:
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89.

ECHIPA VOLANTĂ DE CHIRURGIE No. 4 SPIIT. 305)

Contribuţiuni asupra gangrenei gazoase şi tratamentul ei în actualul război

de Dr. ŢUCHEL VASILE şi Dr. CURCUMELI IUNIU

Profesorul Dr. W. Brunn spunea în conferinţa sa «Von der Geschichte der Kriegschirurgie» ţinută la Institutul german pentru ştiinţă în Bucureşti la 28 Mai 1941:

«Foarte periculoase s'au dovedit mereu numeroasele infecţii cu microbi anaerobi; sperăm însă că se va găsi măcar în actualul război mijloace asemănătoare cu acela al serului antitetanic. Până atunci amputaţia timpurie rămâne singura posibilitate de a salva viaţa răniţilor».

Printre complicaţiile redutabile ale răniţilor de război, gangrena gazoasă a făcut şi în actualul război un număr de victime. Dacă seroterapia antitetanică sau vaccinarea cu anatoxină tetanică executate sistematic astăzi în armată, au făcut să dispară tetanusul, iar sulfamidoterapia generalizată chiar la spitalele de campanie, a ferit de erizipel, nu tot aşa s'a plat cu gangrena gazoasă care complicaţie de temut.

comparativ cu războa- procentul gangrenoşi- lt. Demonstrativ în ica d-lui Prof. 16—1918, care u făcut gangrenă gazo... ...ică un procent de 2%, cu o mortalitate de 28%; în timp ce pe un număr de 1000 răniţi internaţi în luna Iulie la Spitalul 305 (Brâncovenesc) abia se semnalează 4 cazuri şi acelea jugulate la timp.

Dacă facem o comparaţie între războaiele trecutului mai îndepărtat şi războiul actual, observăm cu satisfacţie că şi această complicaţie apare mai rar, iar mortalitatea a scăzut simţitor astfel:

In anul 1874, răniţii prezentau gangrenă gazoasă în proporţie de 80% (Nussbaum, Thiersch).

In războiul 1916—1918 proporţia scade la 2% (Prof. Iacobovici).

In actualul război cel puţin după statistica noastră la 2500 răniţi am avut 0.80% răniţi cu gangrenă gazoasă.

Factorii ajutători care au contribuit la diminuarea procentului de gangrenoşi în actuala campanie au fost fără îndoială:

a) Ajutorul chirurgical imediat dat de medicii batalionari, regimentari şi divizionari, prin debridări largi, agerea proiectilelor şi excizia părmoi suspecte.

b) Transportul rapid al răniţilor la formaţiunile chirurgicale din spatele frontului.

c) Utilizarea pe o scară foarte mare a substanţelor antiseptice cu eficacitate incontestabilă asupra anaerobilor (Apa oxigenată, Soluţia Dakin, Cloramina).

d) Iar ca factor determinant şi asupra căruia vom reveni, a fost seroterapia antigangrenoasă practicată mai ales «pe cale intravenoasă».

Armata IV-a la care am avut cinstea să lucrăm constituiţi în echipă volantă detaşaţi din Spit. 305, a dus în prima parte a campaniei războiu de mişcare, iar în a 2-a parte războiul de asediu. In războiul de mişcare se ştie, răniţii sunt strânşi imediat şi puşi în condiţiuni optime de tratament, dat fiind retragerea continuă a inamicului.

Nu tot aşa s'a întâmplat în timpul asediului Odessei, caracterizat prin numeroase atacuri şi contra atacuri date aproape zilnic.

Cu tot zelul şi cu tot devotamentul pus de brancardieri în strângerea răniţilor, surveneau uneori situaţii grele, în care răniţii erau aduşi cu mari dificultăţi după 24 şi chiar 48 ore.

Ori tocmai aceşti răniţi deşi puţini la număr, făceau complicaţii grave septice sau gangrenoase. Unii erau şocaţi, alţii hemoragici, sau prezentau plăgi mari anfractuoase cu mari distrugeri musculare, fracturi cominutive deschise la braţ sau coapsă, garouri improvizate puse chiar de răniţi de teama hemoragiei (chiar acolo unde nu era pericol) dar care predispuneau fatal la gangrenă gazoasă prin fenomenele ischemice ce le produceau.

Bazaţi pe experienţa şi observaţiile noastre culese atât la ambulanţa ditizionară cât şi la spitalele de campanie.

Pe un număr de 2500 răniţi am avut 20 de cazuri de gangrenă gazoasă adică un procent de 0,80%.

După regiuni:

1. Membrul superior
Antebraţ 2 cazuri
Braţ 6 cazuri
2. Membrul inferior
Coapsă 5 cazuri
Gambă 5 cazuri

Agentul vulnerabil: In 16 cazuri schije de Brand.

In 4 cazuri proiectil de armă sau mitralieră.

Forme clinice: In 16 cazuri gangrenă gazoasă clasică cu stare toxică gravă.

In 4 cazuri flegmon gazos

Tratament: In 7 cazuri amputaţie, seroterapie antigangrenoasă intramusculară sau intravenoasă.

In 13 cazuri incizii largi. Seroterapie intravenoasă.

Mortalitate: 3 morţi. Adică un procent de 15%.

Vom insista asupra aplicării seroterapiei antigangrenoase intravenoase pe care noi am întrebuinţat-o sistematic şi în urma căreia am avut rezultate care merită a fi relevate.

La începutul campaniei am aplicat pe lângă tratamentul chirurgical seroterapia antigangrenoasă pe cale sub cutanată şi intramusculară

Seroterapia intravenoasă ni se părea o terapeutică prea brutală faţă de starea gravă în care ni se aduceau răniţii (stare toxică, şocul traumatic la care se adăuga şi şocul operator).

Experienţa ne-a învăţat însă în câteva cazuri grave că seroterapia pe cale intra venoasă nu numai că nu este nocivă dar este salutară.

Incurajaţi de aceste rezultate am început să aplicăm serul antigangrenos exclusiv pe cale intravenoasă în toate cazurile de gangrenă gazoasă decclarată, după ce în prealabil debridam şi incizam larg plaga şi ţesuturile, reuşind ca din 20 răniţi cu gangrenă să amputăm numai 7, restul vindecându-se cu tratamentul de mai sus.

Am reuşit astfel să punem în practică ceiace recomandă Institutul de seruri şi vaccinuri «Dr. I. Cantacuzino» căruia îi revine tot meritul pentru frumoasele rezultate obţinute în tot domeniul sero-terapiei aplicate atât în timp de pace cât şi în timp de război.

Serul l'am întrebuinţat pur, nediluat în ser fiziologic.

Nu am luat în consideraţie dacă răniţii au mai făcut sau nu ser.

L'am utilizat numai cu titlu curativ în majoritate cazuri grave.

Injecţiile au fost făcute cât se poate de încet, precedate la cei şocaţi de 1 mmg. adrenalină intramuscular.

Nu am remarcat după injecţie nici o turburare cardiacă, nici o agravare a stării de şoc, nici o complicaţie tardivă renală sau hepatică. Intr'un singur caz am avut maladia serului declarată a 7-a zi fără urmări grave.

Publicând aceste rezultate, credem că sero-terapia pe cale intravenoasă, complectează într'un mod fericit tratamentul chirurgical al gangrenei gazoase, promiţând pentru viitor nu numai o scădere apreciabilă a mortalităţii, dar şi o diminuare a numărului amputaţiilor mutilante şi demoralizante pentru răniţi.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII–DEBILITATE–CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI–ERITEME–ECZEME–PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE–INSOMNII–AGITAŢIE
EMOTIVITATE–TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM–ARTRITISM–OBEZITATE
GUTĂ–GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

Estetica Feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de **Acnee vulgară** facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții intramusculare în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existență
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute și cronice *la copii și adulți*, diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza *etc.*

Pentru literatură și eșantioane a se adresa reprezentanței generale București, str. Regală No. 10, Etaj. Telefon 3.78.66

Problema hemoragiilor secundare în rănirile de războiu, cu prilejul câtorva cazuri din campania actuală *)

de Conf. Dr. N. BARBILIAN şi Dr. E. LUPU

Dacă infecţiunile sunt una din complicaţiunile plăgilor de războiu, împotriva cărora se duce o luptă foarte susţinută, utilizând numeroase mijloace atât preventive cât şi curative, emoragiile se situiază pe acelaşi plan în preocupările noastre. După cum este ştiut de toată lumea, aceste emoragii oferă în practica de războiu tablouri din cele mai dramatice şi de multe ori ele au loc cu o rapiditate atât de mare, încât scapă posibilităţilor noastre de a le stăpâni. Aşa de exemplu, în o emoragie a unui vas mare (aortă, carotidă primitivă, etc.), timpul scurs între momentul producerii emoragiei şi al desnodământului fatal este chestiune uneori de câteva clipe.

Nu ne vom ocupa de emoragiile primitive, ce se caracterizează prin producerea lor imediat ce leziunea vasului are loc. Ne-am propus să prezentăm pe scurt chestiunea emoragilor secundare, care deşi nu sunt aşa de frecvente ca cele prmitive, sunt tot aşa de importante, poate chiar mai importante, prin intempestivitatea cu care survin. Ba pot fi uneori şi mai grave, când avem a face cu bolnavi a căror stare e anterior alterată prin emoragii sau de o infecţie adăogată dură rănire.

Considerentele ce le vom face sunt isvorîte şi bazate nu atât pe date din literatură, ci mai cu seamă pe fapte clinice observate de noi în serviciul nostru de chirurgie dela spitalul militar si din serviciile celorlalte spitale, şi în deosebi cele din serviciul d-lui prof. Cosăcescu, asupra cărora d-sa a prezentat recent, în şedinţele Societăţii de Medici şi Naturalişti din Iaşi, două interesante comunicări 2).

Aceste emoragii secundare sunt destul de frecvente, fără a putea da însă o cifră exactă, din cauza imposibilităţii urmăririi bolnavilor prin mişcări în diferite spitale.

Din punct de vedere al regiunilor corpului, se pare că plăgile membrelor beneficiază de acest trist privilegiu de a produce emoragiile secundare, şi în ordinea frecvenţei ar fi: plăgile coapsei, gambei, rădăcina membrului superior, plăgile cervicofaciale, de atebrat, etc.

Privitor la cauzele care ar putea să favorizeze producerea acestor emoragii, se admit două categorii: generale şi locale, ele putând să coexiste sau să fie numai locale.

Dintre cauzele generale cuprinzând diferite discrazii sanguine, numai acele survenite intercurent pot favoriza, într'o oarecare măsură, emoragiile secundare, celelalte favorizează mai cu seamă pe cele primitive.

D-l prof. Cosăcescu, în 20 cazuri de emoragii secundare la care s'a cercetat coagulabilitatea, a găsit o coagulabilitate normală şi chiar mai ridicată, numărul plachetelor mărit, fibrinogenul normal. N'a fost vorba deci. în aceste cazuri, de o crasă sanguină.

Ar putea fi luate în consideraţie şi alte cauze de ordin general. Noi am remarcat frecvenţa acestor emoragii secundare, mai cu seamă în ultimul timp, şi s'ar părea că ipoteza pe care o făcea Delorme, că starea de surmenaj şi de debilitate la care sunt supuşi combatanţii pot şi ele să favorizeze apariţia acestor emoragii, remarca aceasta făcând-o cu prilejul războiului din Crimeea, când combatanţii erau surmenaţi şi lipsiţi de mijloace suficiente de nutriţie.

Fără a îndepărta complet această ipoteză, credem că tardivitatea observării de către noi a acestor emoragii secundare, se datoreşte faptului că ele, apărând în general târziu, nu au putut fi observate la început, majoritatea răniţilor fiind evuacaţi mai departe la scurt intreval dela venirea lor.

Infecţiunile au şi ele un rol, admis de toţi chirurgii; rolul lor este mai cu seamă admis în ce priveşte cauzele locale, deci infecţiunea plăgii. Vom preciza aceasta la momentul potrivit.

In ce priveşte vârsta, deşi diferenţa la militari este relativ mică, totuşi se pare că la subiectele tinere au loc aceste emoragii secundare mai mult decât la cei în vârstă care sunt susceptibili mai cu seamă la emoragii primitive.

Drept cauze locale pot fi invocaţi, într'o oarecare măsură, diferiţi factori. Intre aceşti factori, infecţiunea este constant admisă.

In această privinţă, sunt interesante constatările făcute de d. prof. Cosăcescu, care, făcând sistematic examenul bateriologic al plăgilor ce au dus la emoragii secundare, a constatat frecvenţa foarte des a streptococului hemolitic, câteodată a stafilococului hemolitic sau a streptococului viridens, sau o floră banală cu capacitate hemolitică. Este vorba deci nu de o crasă sanguină, ci de o putere hemolitică a microbului local, am putea zice cu capacităţi fibrinolitice.

Traumatismele locale de orice fel (trasport, pansament, etc.), chiar mici şi repetate, pot contribui la apariţia acestor emoragii secundare.

Natura proectilului, — schije de cele mai multe ori — şi a regiunii interesate, joacă un rol important.

Sângerarea se face din surse diferite: artere mari, arteriole, vene, neocapilare.

Mecanism. Emoragiile secundare sunt strâns legate de infecţiune.

Ele se pot produce în următoarele trei categorii de împrejurări:

1. **Din plăgile vasculare primitive.** Aceste plăgi pot să declanşeze o emoragie primitivă, care să fie oprită prin organizarea unui chiag. Chiagul poate să fie mobilizat de o cauză mecanică sau mai ales topit de un proces infecţios. Şi într'un caz şi altul se pate ajunge la o emoragie secundară.

E posibil însă ca plaga vasculară prin sângerare primitivă să organizeze un ematon difuz. Prin acelaşi fenomen de liză, prin infecţiune, poate să ducă la emoragie secundară.

Un mecanism mai particular poate să fie prezentat de aceste plăgi vasculare, în cazul când ele sunt uscate, nedând loc la nici o emoragie primitivă. In această împrejurare strivi formate pot să sufere, sub influenţa rea vasului, retracţia capetelor secţionate, spasmul arterial ce duce la o contracţiune, tetanizare a vasului (Leriche) sau prezenţa unui procetil care astupă leziunea vasculară, asigură la început o emostază aparentă.

Totuşi în aceste cazuri chiagurile infecţiunii, modificări care să ducă la o emoragie secundară; sau cedări ale contractilităţii, care iarăşi poate duce la emoragie secundară; în fine deplasări ale proectilului, din cauze mecanice, infecţioase sau din cauza încetării contractilităţii arteriale ce fixa acest proectil, se poate ajunge la acelaşi rezultat: emoragia secundară.

A doua posibilitate o oferă **plăgile vasculare secundare.** Ele se pot produce prin acţiunea unui fragment osos dintr'un focar de fractură sau prin ulceraţii produse de un proectil din vecinătate sau de drenajuri ale plăgilor; fie prin infecţiuni localizate pe vase şi care duc la escare vasculare locale. In aceste împrejurări se

*) Conferinţă ţinută la societatea medico-chirurgicală interalistă, secţia Iaşi.

2) Este un prilej plăcut pentru noi, să adresăm D-lui Prof. *Cosăcescu* mulţumirile noastre pentru unele sugestii şi informaţii primite de la D-sa.

poate ajunge foarte ușor la o emoragie.

In fine a treia categorie de împrejurări în care se poate produce o emoragie secundară este acea emoragie produsă de neocapilare prin infecție sau prin traumatism.

Simptomatologie. In general se observă la evacuații tradivi, care fuseseră netratați ori debridați insuficient. Apare dela câteva zile după rănire până la 30 zile sau mai târziu chiar. Maximum între a doua și a treia săptămână.

Rănitul de multe ori merge bine, îl credem vindecat sau cel puțin pe cale de vindecare, sau luat drept un rănit ușor, și brusc survine o emoragie mai mult sau mai puțin abundentă. Caracteristica acestei emoragii este în primul rând că după sângerare, emostaza se face cu multă ușurință — spontan sau după o minimă compresiune; iar în al doilea rând tendința lor la emoragii repetate (mici sau mari), care duc repede la anemii cu un aspect particular.

D-l prof. Cosăcescu individualizează trei tipuri clinice: 1) emoragie mică (minimă repetată), care nu atrage atenția decât când cunoaștem pericolul emoragiilor mari; 2) emoragie de tip roșu, cu vas mic, care sângeră; 3) emoragia de tip negru, unde la deschidere nu se găsește vasul care sângeră, (venă sau mugure). Toate tipurile sunt cu repetiție și nu se însoțesc de temperatură mare de cele mai multe ori.

Se poate întrevedea o emoragie secundară? Situația plăgii într'o regiune vasculară, cum este moletul, traectul ei pe lângă vase mari — microbismul local, starea de insuficientă tratare în care ne sosește rănitul, ne-ar face să întrevedem oarecum posibilitatea unei emoragii secundare.

Interesante sunt îndeosebi leziunea vaselor mari care nu întotdeauna dau loc la o emoragie primitivă.

In acest din urmă caz, traectul urmat de proectil este unicul indiciu.

Să presupunem însă că pentru moment plaga vasculară nu sângeră, fie din cauza unui spasm, care asigură o emostază vremelnică prin el însuși, fie prin lipirea mai fermă a peretelui vasului pe un proectil pătruns în parte în lumenul vasului, fie o emostază prin existența unui chiag insuficient organizat sau slab aderent de peretele vascular.

In aceste cazuri, rolul simpaticului este neîndoelnic. Socotim deci logic să actionăm asupra lui. Novocainizarea lanțului sau ganglionilor respectivi vor duce la fenomene de vasodilatație cunoscută și astfel leziunea vasculară, care trecea ocultă, va fi pusă, credem noi, în posibilitatea de a se manifesta în unele împrejurări în ochii noștri.

Așa dar după părerea noastră, această novocainizare a simpaticului poate fi luată drept metodă de depistare a cazurilor susceptibile de emoragii secundare.

Arteriografia atât de timid și puțin întrebuințată din cauza condițiilor de tehnică specială și a unor inconveniente semnalate, nu intră pentru moment în practica curentă. Noi credem însă că viitorul o va impune ca real folositoare în diagnosticarea și localizarea unei plăgi vasculare susceptibilă să declanșeze o emoragie secundară.

Tratament. Emoragiile primitive sunt de atributul posturilor înaintate, în timp ce emoragiile secundare intră în atributul formațiilor mai îndepărtate.

Cum soarta acelor predispuși pentru emoragie secundară atârnă foarte mult și de primele îngrijiri, să impune o atenție deosebită a acestora, chiar dela începutul rănirii: imobilizarea membrului lezat, chiar dacă nu este fractură, transportul lor — când suntem siliți să-l facem — în bune condițiuni.

Ca tratament profilactic este de asemenea recomandabil să se facă debridarea sistematică a plăgilor din regiunile vasculare și extragerea corpilor străini reținuți.

In cazul depistării unei discrazii sanguine, nu vom neglija emostaticele și vitaminele, după cum se va căuta să se împiedice infecția atunci când amenință.

In ce privește tratatmentul curativ, atunci când emoragia secundară s'a produs, suntem puși, de cele mai multe ori, în mare încurcătură.

Emostaticele curente, excizia plăgilor vechi care sângeră, prontosil în plagă și altele nu duc la rezultatul dorit. Tamponamentul, întrebuințat pe o scară întinsă, este o metodă care trebue îndepărtată, ca fiind nu numai neeficace, dar cu consecințe uneori dezastruoase: emoragia se oprește momentan, pentru a se reproduce iarăși mai târziu, debilitând astfel pacientul sau expunându-l la infecții foarte grave.

Singurul tratament rațional ar fi ligatura vasculară, dar aceasta este plină de neajunsuri.

Intr'adevăr, ligatura la distanță nu stăpânește emoragia decât în rare cazuri, ba poate atrage după dânsa o gangrenă, după cum am avut ocazia să vedem într'unul din cazuri, și de repetarea emoragiei secundare și de gangrenă consecutivă. Emoragia n'a fost stăpânită decât după ligatura ambelor capete ale vasului lezat, unde fiind vorba de o plagă a femuralei profunde pentru care s'a practicat mai întâi ligatura femuralei comune, emoragia s'a oprit pentru moment; dar, după restabilirea circulației colaterale — a treia zi — emoragia s'a reprodus din nou cu aceeași intensitate. Ne am văzut siliți să recurgem la ligatura însăși a femuralei profunde, ligaturând ambele capete.

Ligatura însă în plagă a ambelor capete este dificilă și câteodată imposibilă.

Din cauza modificărilor potologice ale țesuturilor, fie prin infecție locală, fie prin infiltrare a acestor țesuturi cu chiaguri cruorice, fie prin strivirea anterioară a lor, punerea în evidență a leziunii vasculare este foarte dificilă.

Și chiar dacă isbutim să o punem în evidență, ligatura în această portiune a vasului, care aproape în mod constant este alterată poate determina o cedare a ligaturii.

Pentru aceste motive, unii recomandă disecarea vasului până în portiunea lui evident sănătoasă și aplicarea ligaturii în această portiune. De asemenea, s'a afirmat că natura materialului de ligatură întrebuințat are mare importanță: materialul iresorbabil întrebuințat (în mătase) duce mai cu seamă la repetarea emoragiei, pe când firele de catgut sunt de preferat.

Ligatura ambelor capete ale vasului în vecinătatea leziunii ne pune într'adevăr la adăpostul topirii din nou a chiagului format după ligatură dar cere cunoașterea topografică precisă a leziunii vasului.

Față de aceste dificultăți, d-l prof. Cosăcescu a recurs la un procedeu cu rezultate foarte satisfăcătoare: curățirea plăgii, căscarea și menținerea ei largă deschisă printr'un mijloc mecanic: comprese, tuburi de cauciuc, arc Tastic metalic și chiar depărtătorul lui Gosset cu sau fără spălare cu Dachin, lăsând la aer liber numai cu un dispozitiv protector.

Intrebuințat acest procedeu pe 6 subiecte, a obținut rezultate bune în toate cazurile.

D-sa a extins această metodă și în plăgile cu infecție incipientă anaerobă și a plăgilor care ar fi lăsat să se întrevadă posibilitatea unei emoragii secundare, obținând rezultate bune.

Nouă ni se pare foarte judicioasă

SIEMENS

INDUSTRIA MEDICO-TECHNICA S. A.

SIEMENS-REINIGER-WERKE A. G. - Berlin

Urează Onor. Clientelei

Mulţi Ani

ΛA.

Cu fericire şi deplină prosperitate

Bucureşti, B-dul Lascăr Catargiu 1

Tel. 1.05.62

NITROLINGUAL

Specific în | **Angina pectoris**
Asthma cardiale
Stenocardie

Acţiune imediată

G. Pohl — Boskamp. Chem.-pharm. Fabrik
Danzig-Langfuhr und Marienburg Wpr.
Dr. Alex. Radu, Bucureşti 3, Str. Sofia, 30.

„ANIMASA"

Medicamentul suveran contra hypertensiunei şi arteriosclerozei

Efectele dovedite

1) Scăderea durabilă a tensiunei.
2) Ameliorarea rapidă a fenomenelor subiective.
3) Ameliorarea funcţiunilor inimei.
4) Relaxarea puternică a vaselor sanguine şi diureza accelerată.
5) Augmentarea capacităţii fizice şi intelectuale.

ANIMASA SIMPLEX: In Arterioscleroză şi Hypertensiuni medii,
1 tabl. = 0, 5 Extract de intima şi media precum şi elementele constitutive ale sângelui. 3 x 1—2 tablete pe zi

ANIMASA FORTE: In Hyerptensiunile mari, angina pectoris şi arterioscleroză înaintată.
1 tabl.=0.1 Animasa 0 005 Jod, 0 015 bromalbumină şi 0.001 nitroglicerină. 3 x 1 tabletă pe zi

ANIMASA INJECŢII: In Hypertensiunile rebele (tratament combinat cu Animasa Forte).
1 fiolă = 0 5 Animasa, 1,0 sânge proaspăt. 0,5 Extract de ficat. 3 x 1 fiolă pe săptămână

Eşantioane la : SANOFORM, Căsuţa Poştală 34, Bucureşti I. Telefon 4.27.07

această metodă, şi unul din cazurile observate de noi întăreşte convingerea noastră.

Un rănit prezenta o plagă în regiunea axilară stângă cu distrugerea întregului perete posterior al axilei, lăsând să se vadă întreg pachetul vasculo-nervos, dar mai ales artera denudată pe o mare porţiune. Din cauza marei pierderi de substanţă, cât şi din cauza poziţiei braţului în abducţie — mai comod pentru rănit şi recomandat de noi pentru a ne scuti de un drenaj care ar fi fost dăunător în contact cu vasele — plaga stătea larg deschisă. Această plagă a evoluat surprinzător de bine, deşi la prima vedere făcusem un prognostic foarte rezervat.

In cazuri disperate — cum sunt în general cele care prezintă şi o fractură asociată — amputaţia, din nefericire, rămâne ultima resursă la care recurgem în astfel de împrejurări. Fiind vorba însă de o intervenţie destul de şocantă, iar pacienţii destul de epuizaţi, se impun unele măsuri pregătitoare şi o îngrijire foarte susţinută în timpul şi după intervenţie, în afară de faptul că această intervenţie trebue executată în condiţiuni de minimă traumatizare.

Din cele expuse, socotim că nu poate fi lipsit de interes degajarea unor concluzii:

1. Trebue întotdeauna să avem prezent în minte posibilitatea şi gravitatea emoragiilor secundare în plăgile de război, care pot să fie fatale sau să compromită un rezultat ce ar fi putut altfel fi bun.

2. Să căutăm prin toate mijloacele să stabilim dacă există o plagă a unui vas mare ori de câte ori o bănuim: examenul clinic arterial, infiltraţia simpaticului, arteriografia.

3. Tratamentul este preventiv şi curativ.

A. **Preventiv.** Ori de câte ori avem de face cu o plagă într'o regiune vasculară importantă sau în vecinătatea unui pachet vascular, recomandăm:

a) debridarea, curăţirea lăgii de corpi străini şi excizia ţesutrilor condamnate la mortificare, căscând plaga şi lăsând-o larg deschisă, după metoda preconizată de d-l prof. Cosăcescu;

b) imobilizarea membrului când bănuim o leziune importantă vasculară şi transportul răniţilor în cât mai bune condiţiuni, când suntem siliţii să-l facem.

B. **Curativ.** Emostaticele de tot felul s'au arătat întoadeauna neputincioase în oprirea acestor hemoragii Tamponamentul este de asemenea o metodă ineficace şi foarte periculoasă atât prin anemia la care duce bolnavul prin emoragiile repetate, cât şi prin infecţiile grave la care poate expune.

Curăţirea plăgii, căscarea şi menţinerea ei larg deschisă, cu sau fără ligatura vasului lezat — după împrejurări — pare să fie în aceste cazuri atât de dificil de tratat, singura metodă preferată.

Dacă totuşi emoragia se reproduce, înseamnă că un vas mare care sângeră este în cauză şi în aceste împrejurări vom recurge la ligatura ambelor capete ale vasului lezat, fie în plagă — dacă e posibil — însă pe porţiunea de vas sănătos, fie în apropierea leziunii. Ligatura la distanţă poate să nu ne dea rezultatul dorit, deoarece în dese cazuri hemoragia nu este stăpânită, expunând în acelaşi timp la gangrenă.

Amputaţia rămâne ca ultimă resursă la care recurgem, fiind însă foarte judicioşi asupra momentului când trebue s'o practicăm.

Chimioprofilaxia sulfamidică a infecţiunilor chirurgicale şi medicale. Valoarea ei. Condiţiile realizărei.

de Dr. A. PĂUNESCU-PODEANU

Posibilitatea unei chimioprevenţiuni infecţioase, prin sulfamide este azi bine dovedită. Noţiunea se sprijină pe fapte experimentale şi chimice. Dar pe chimioprofilaxie sulfamidică nu se poate conta decât în anumite infecţiuni, şi pentru a fi realizată cere anumite condiţiuni, cari trebuesc cunoscute.

Pe teren experimental concluziile cercetătorilor sunt unanim favorabile în ce priveşte infecţiile cocice, mai ales streptococice. Realitatea sulfamidoprevenţiunii infecţioase reese din primele experienţe ale lui Domagk: injecţiunea intravenoasă sau intramusculară de prontosil, concomitent cu inocularea intraperitoneală cu streptococi foarte virulenţi, apără animalul foarte des de infecţie, totdeauna de moarte.

Mai evident o demonstrează experienţele lui Levaditi şi Valsman: injectate cu 1-2 sau 3 zile înaintea infecţiei streptococice experimentale, preparatele sulfamidice împiedecă apariţia bolii, o atenuiază sau cel puţin întârzie apreciabil moartea. La 8 zile interval, încercarea de profilaxie e zadarnică.

Merită să fie semnalată ca una din cele mai clare şi mai concludente lucrări experimentale în acest domeniu, aceia a d-lui V. Ionescu cu d-nele Bonciu şi Ghenea-Asquini. Concluziile — după cercetări pe iepuri şi şoareci — sunt că prontosilul şi rubiazolul posedă o acţiune preventivă manifestă, care e mai puternică atunci când preparatul e administrat în injecţii şi e cu atât mai solidă, cu cât cantitatea de sulfamid e mai mare. E deasemeni manifestă dacă preparatul e administrat în primele 4 ore premergătoare infecţiei şi nu influenţează decât slab mortalitatea, dacă e administrat prea devreme sau prea târziu, după 24 ore.

In clinică, faptele relatate şi opiniile emise nu sunt totdeauna perfect superpozabile. Dar în genere confirmă acţiunea preventivă a sulfamidelor, în anumite condiţiuni. Mai ales chirurgii cred în sulfamidoprevenţiune; mai puţin internistii (şi vom vedea dece).

Primele rezultate le avem dela obstetricieni. Lacomme (Journ. med. Fr. No. 5-1938) a reuşit să reducă aproape la zero infecţiunile puerperale, administrând din prima zi a facerii, 5 zile, câte 4 apoi 3 injecţii zilnice de rubiazol 5 cc intramuscular. Courtois şi Giraud (Journ. Prat. No 19-1939), au scăzut deasemeni cifra letalităţii în febra puerperală dela 2% la 0,4% iar în raclaje dela 2% la 0,3%, cu rubiazol. Pohl (Med. Kl. No 11-1939) a semnalat că în degajarea manuală a placentei, prontosil în injecţii şi pe gură apără pacienta de infecţii grave.

In domeniul chirurgiei mari, Bohlman (Journ. Am. Med. Ass. 27-VII 1937) a semnalat buna acţiune preventivă a sulfamilamidei asupra infecţiunilor consecutive traumatismelor şi chiar asupra gangrenei gazoase, în doză de 2-3 pastile la 4 ore interval. Handzield Jones (Lancet No 5906 1936) întrebuinţează cu bune rezultate prontosilul la cea mai mică bănuială de infecţie şi anume 5 cc intramuscular la fiecare 12 ore. Sigel (Fsch. Ther. No 4-1936), Fuller şi Jones (Lancet No 6081-1940), Lockwood (Journ. Am. Med. Ass. No 14-1940) au constatat şi ei că — administrate precoce şi în doze satisfăcătoare în cazuri de răniri, accidente, fracturi complicate, preparatele sulfamidice pot împiedeca apariţia infecţiunilor.

Date mai puţine, mai slabe, mai variate, chiar contradictorii, găsim în această chestiune, la internişti Sako, Dwan, Platon (Journ. Am. Med. Ass.

din 10-X.1938) sunt mulmumiți de acțiunea preventivă a sulfamidelor în scarlatină, mai ales în asociație cu serul, în timp ce alții (Silbert. Dickson, ș. a.), neagă orice acțiune. Snodgrass și Anderson (Brit. med. J. 4014-1937) cred că au scăzut enorm recidivele în erizipel prin sulfamide. Noi însă am observat o persoană, care făcea repetate puseuri de erizipel, cu toate că lua regulat prontosil, (e drept însă la doze mici, 2-3 pastile zilnic).

Mai de curând, tot în domeniul infecțiunilor plăgilor, s'a constatat acțiunea profilactică a sulfamidelor în aplicațiune locală. Jensen, John Sind, Nelsen (Surgery VII. 1939) au constatat, clinic și experimental că sulfamidele în aplicare locală combinată cu tratament general în fracturi deschise, previn infecțiile care scad sub 5%, dela 27%. Ei folosesc local 5-15 gr. de sulfamid și nu au observat niciodată fenomene toxice. Constatările acestea au fost confirmate, după cercetări experimentale și de Fourneau și Nitti (Acad. fr. med. 21.XI.939 și de Legroux (Acad. Chir. 17.IV.1940).

Și la noi sulfamidopreventiunea plăgilor de războiu e privită favorabil. (vezi Prof. Iacobovici, prof. Hortolomei, prof. Mante. Rom. Med. No 15-16 1941). Nu s'a scris încă prea mult în această privință și nu s'a dat la iveală experiența actualului războiu. Din cât am putut cerceta printre chirurgii noștri, atât din zona frontului cât și în serviciile chirurgicale de zonă interioară, metoda e folosită relativ mult și a găsit pretutindeni bună apreciere.

Faptele mai sus arătate aduc lumină apreciabilă asupra chestiunii. *Se poate conta pe o chimioprofilaxie sulfamidică serioasă, eficace, dar numai pentru anumite infecțiuni și în anumite condiții.*

Două noțiuni sunt dominante în ce privește terenul de aplicațiune al sulfamidopreventiei: bacteriologia infecțiunilor și caracterul lor clinic, privind modul de isbucnire și de evoluție.

Din punct de vedere bacteriologic, acțiunea preventivă se suprapune celei curative. *Cea mai mare eficacitate o are asupra infecțiunilor cocice și cu deosebire asupra celor cu streptococi.* (Cel puțin rezultatele experimentale arată categoric acest lucru).

Din punct de vedere clinic *se poate conta pe o sulfamidoprofilaxie serioasă, cu șanse numai în cazul infecțiunilor la care ne așteptăm.* Nu se pot preveni cu eficacitate decât infecțiunile pe care le surprindem în instalare între momentul contagiunii și al isbucnirii clinice, adică cele cărora reușim să le prindem momentul contagiunii și să preîntâmpinăm apariția clinică (și aceasta este esențialmente cazul infecțiunilor de războiu). *Nu se poate concepe o profilaxie serioasă prin sulfamide în bolile cu apariție neașteptată* (în majoritate, bolile infecțioase din domeniul medicinei interne). Caci nu se poate admite o administrare ad libitum de sulfamide, mai ales în dozele pe care se sprijină eficacitatea acțiunii lor.

Pentru motivele de mai sus, se înțelege dece terenul de aplicare cel mai sigur, mai bogat, mai însemnat al infecto-preventiunii sulfamidice îl constitue infecțiunile chirurgicale ale rănilor. In acest domeniu avem rezultatele cele mai frumoase și mai elocvente. Și chiar în ce privește preventiunea gangrenei gazoase, am găsit partizani (Bohlam ș. a.). Pentru aceleași motive e cazul să se poată conta pe acțiunea preventivă a sulfamidelor și în infecțiunile cocice localizate chirurgicale, ca abcese, flegmoane, furuncule, precum și în unele infecțiuni cocice medicale cu apariție bruscă și cu momentul contagiune, sensabil (unele streptococii, meningococii mai ales în mediu epidemic, apoi blenoragii). Dar în aceste domenii faptele documentare sunt încă foarte puține și rezultatele sunt infinit mai slabe decât în infecțiile plăgilor. Terenul de încercare rămâne însă, încă deschis. Și speranțele sprijinite pe logică, destul de mari.

Sulfamidopreventia infecțiilor reușește numai lovind energic și la momentul oportun; adică printr'o administrare copioasă, în doze mari, și în jurul momentului presupus sau cunoscut al infectării. Nici prea devreme (inutil!, nici prea târziu (în zadar!), nici prea puțin (fără efect!) nici prea îndelung (periculos!). Am văzut care sunt dozele folosite de Lacomme, de Bohlman, de Handfield Jones (în text). Fuller și James dau 1 gr. 50 de sulfamide imediat după rănire, o gr. 50 după 2 ore, apoi 0 gr. 50 la fiecare 4 ore.

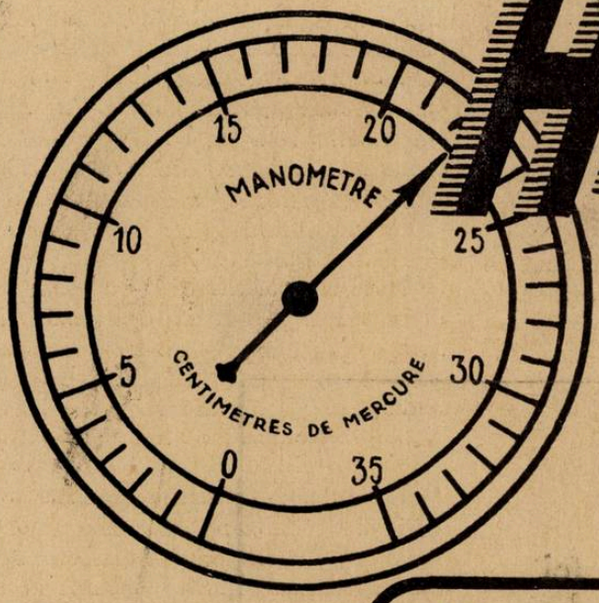
Justificarea acestor condiții ne o dau și cunoștințele actuale de farmacodinamie a sulfamidelor. Ca și terapia, profilaxia nu se sprijină pe o acțiune biologică a acestor substanțe asupra organismului (asupra leucocitelor, sistemului reticulo-endotelial, serului, etc.), care deși susținute de unii, nu s'au dovedit sigur și care chiar dacă există sunt foarte slabe. Acțiunea profilactică a sulfamidelor se bazează pe influența pe care acești corpi chimici o au asupra bacteriilor și produșilor lor agresivi, adică pe acțiunea bacteriostatică, neutralizantă a exo și endotoxinelor, etc. (vom mai reveni asupra acestor chestiuni). Ea are deci rost și sorți de isbândă numai atâta vreme cât produsul chimioterapic vine în contact cu agentul patogen, pe care îl dezarmează, îl desbracă de proprietățile lui vitale esențiale, agresive, lăsându-l la discreția factorilor de apărare organică, țesulari și umorali. E vorba numai de un proces de contact, între agentul chimic și virus și nu de un proces biologic de imunitate, analog sero sau vaccinoterapiei. Substanța sulfamidată nu pune organismul la adăpostul infecțiunii decât atâta vreme cât îl impregnează, îl saturează. Nu conferă imunitate; nu pune organismul la adăpost de o infecțiune nouă. Indată ce preparatul dispare din organism, bolnavul se comportă mai departe ca și când nu ar fi primit vreo medicație.

Eficacitatea infectopreventiunii sulfamidice este mărită încă prin folosirea locală a sulfamidelor. Aplicate local aceste substanțe acționează mai direct și mai prompt, după cum au constatat Fourneau cu Nitti pe de-o parte, Jensen, cu colaboratorii lui pe de altă parte (op. cit.): răspândirea în țesuturile afectate e imediată, promptă, iar trecerea în sânge e mai prelungită decât când se iau pe gură.

In fine, în ce privește rănirile, administrarea de sulfamide nu dispensează de actul chirurgical, de desinfectare, căruia îi rămâne încă un rol de seamă: deschidere largă, excizie bogată a țesuturilor devitalizate, moarte. Pentrucă acțiunea sulfamidelor este enorm stânjenită de produșii proteolitici, și e inexistentă asupra infecțiunilor cu serioasă atingere a vitalității titulare, cu exudate mai piogene, cu mare proteoliză (Lockuood ș. a.).

De aci directivele practice ale sulfamidopreventiei, ce pot fi astfel rezumate:

Pentru o reușită cât mai sigură se vor administra sulfamidele cât mai precoce: imediat după rănire sau după contagiunea presupusă. Doze proporționale cu gradul infecției presupuse; în orice caz doze mari apropiate de cele curative, în administrare repetată, susținută, la cel mult 4 ore (din cauza eliminării rapide) și prelungită până ce trece momentul critic, adică 4—5—6 zile. Adică administrare de șoc, în cantitate, pe câteva zile. «Nimic mai fals decât doze mici, date îndelung» (Domagk, Hegler). Se pare că administrarea în injecții intramusculare e mai eficace. Se poate folosi și administrarea în injecții intramusculare e mai eficace. Se poate folosi și tratamentul chirurgical al rănii își urmează cursul normal, mai ales în caz de plăgi anfractuoase. Nu trebuie așteptat tot numai dela sulfamide.



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— ***Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.***
— ***Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.***
— ***Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.***
— ***Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.***
— ***Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.***

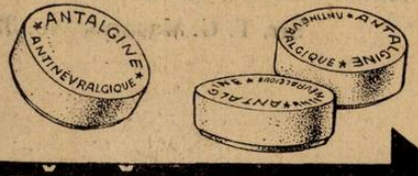
FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

Gripa

JUGULEAZĂ PUTERNIC

ANTALGINE

CAȘETE



FĂRĂ BARBITURICE FĂRĂ OPIACEE

• 2-4 PE ZI •

In tuse de orice fel
pentru copii și adulți

Sirop de Ephetonină

contra tusei **Merck**

Gust plăcut
Intrebuințare economică

Ambalaje:
Flacoane originale cu aprox. 100 și 170 gr.

E. MERCK • DARMSTADT

Reprezentanța generală: Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, București I, Str. T. G. Masaryk No. 32

Anuarul medicilor și al Organizației Sanitare a Statului

Sub auspiciile Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale au apărut în cursul lunei Decembrie două volume foarte interesante și utile pentru organizația sanitară a țării și pentru profesiunea medicală.

Cele două volume sunt prezentate prin câte un articol introductiv scris de D-l Profesor Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale. Reproducem aceste două articole pentru a informa pe cititorii noștri asupra rostului acestor lucrări și asupra felului în care ele pot fi utilizate.

Anuarul medicilor

Preocupându-mă de problemele sanitare ale țării, cum o fac mulți din medicii pasionați de profesiunea lor, am militat ani întregi pentru a stârni un mai mare interes pentru sănătatea publică și pentru slujitorii ei devotați care sunt medicii.

Am crezut întotdeauna că medicii sunt nu numai organele executive ale unei acțiuni bine gândite și solid închegate, dar ei sunt promotorii și înfăptuitorii acestei acțiuni salutare.

Munca medicilor români care se desfășoară anonimă pe tot întinsul țării, perseverentă și insuficent răsplătită de cele mai multe ori, asigură de trei sferturi de veac, progresul medicinei naționale atât în aplicațiunile ei practice cât și în domeniul cercetărilor științifice.

De aceia am avut și am cea mai mare stimă pentru colegii mei din toate gradele ierarhiei medicale, de la modestul dar neobositul medic de circumscripție rurală, până la specialistul emerit căruia arta sa îi oferă satisfacțiile succesului, odată cu acelea ale unei stări materiale înfloritoare.

Ceva mai mult, cred că toți medicii care își îndeplinesc în mod conștiincios datoria, sunt egal de utili pentru opera sanitară, indiferent de locul modest sau important pe care îl ocupă în organizația oficială a Statului.

Dacă privind profesiunea medicală a țării, în ansamblul ei, puteam avea câteva impresiuni juste, eram în imposibilitate să cunoaștem situația reală a acestei corporațiuni.

Din această cauză am cerut insistent de mai mulți ani, să se facă un recensământ al medicilor. Cererea mea nu a avut norocul să fie împlinită, decât acum, când prin încrederea domnului Mareșal Antonescu, am fost chemat la conducerea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

La 15 Martie 1941 s'a făcut recensământul medicilor. Datele strânse atunci apar în Anuarul pe care îl deschidem prin rândurile de față.

Redactarea lui se bazează pe declarațiile personale scrise, făcute de medici, pe proprie răspundere.

Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale va proceda, îndată după apariția Anuarului, la o dublă revizuire asupra titlurilor și asupra specialității declarate. Abia într'o a II-a ediție, Anuarul va putea apare în mod oficial cu toate garanțiile că nu s'au strecurat erori de conținut.

Până atunci această primă ediție credem că va aduce servicii însemnate atât autorităților civile și militare, cât și publicului.

Din nefericire o parte din colegii noștri cari la 15 Martie trecut se înscriau în Anuarul Ministerului Sănătății, plini de iluzii și de speranțe, — astăzi nu mai sunt între noi. Ei au căzut eroic pe câmpul de onoare, pentru a recuceri hotarele și prestigiul neamului nostru, atât de profund lezate în 1940.

Îndreptăm către Ei un gând de pioasă recunoștință. Fapta și amintirea lor, vor fi pentru noi cari am rămas, un măreț exemplu și un continu imbold către o viață de muncă rodnică și patriotică.

Anuarul a fost completat cu medicii cari au obținut titlul și diploma după 15 Martie 1941.

Către acești colegi tineri, cari vin în fiecare an în profesiunea noastră aducând elanul vârstei și entuziasmul noviciatului, pe lângă o temeinică pregătire științifică — îndreptăm cele mai legitime speranțe.

Problema cea mai grea de rezolvat este însă a oamenilor bine pregătiți și serios specializați cari să animeze noile instituții și servicii.

De aceia, din primul moment al activității mele la Ministerul Sănătății, am pus problema cadrelor medicale nu numai din punct de vedere numeric, dar și din acela al specializării.

Pentru a rezolvi această problemă, trebuia să știm, în primul rând, câți suntem și ce putem face fiecare din noi?

Recensământul și Anuarul de față răspund acestor întrebări.

Din nefericire, răspunsul nu este prea favorabil. In adevăr, constatăm că țara are medici prea puțini pentru o amplă și normală desvoltare a organizației sanitare. In afară de aceasta, observăm că nu avem numărul necesar de specialiști în diferite domenii ale medicinei.

Iată două probleme cari trebuesc să ne preocupe în gradul cel mai înalt.

Problema numărului a început a fi rezolvtă prin înscrierea a 800 de studenți în anul I al celor trei Facultăți de Medicină din țară.

In cursul acestui an se vor face mari eforturi și investițiuni penrtu a se mări capacitatea Facultăților de Medicină, astfel ca în anul școlar 1942—1943 să se poată primi 1.600 studenți în anul I.

Pntru ca studenții să aibă o mai bună pregătire practică, Ministerul Sănătății a unificat și reorganizat, concursurile și stagiile de externat și internat, mărind salariile, pentru a înlesni studiile nu numai pe planul științific dar și pe cel material.

Pe lângă problema numărului, avem pe aceea a specializării, în raport cu planul de desvoltare a organizației sanitare a Statului. Această chestiune trebue rezolvată repede și foarte temeinic.

Urmărind acest scop, Ministerul Sănătății va ține în curând concursurlie de medici primari pentru toate specialitățile. Astfel vor putea fi promovați toți medicii cari sunt pregătiți într'o specialitate și așteaptă consacrarea oficială și utilizarea lor în cadrele instituțiilor sanitare ale Statului.

Concomitent, se vor ține concursurile de medici secundari pentru un număr de locuri mult mai mare decât în trecut, în scopul pregătirii specialiștilor.

Până când vom avea numărul de medici specialiști de cari avem nevoe, credem că Statul se poate bizui cu încredere pe medicii actuali.

Ei au dovedit, în imensa lor majoritate, atât în timp de pace cât și în război, — un spirit de abnegație admirabil, o competență deosebită și au desfășurat o muncă fără preget.

De aceia, aducându-le un călduros omagiu pentru tot ceeace au făcut, țin să manifest aici încrederea cea mai desăvârșită în posibilitățile lor științifice, profesionale și naționale.

Aşezămintele şi serviciile actuale ale Statului

Venind la conducerea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale am socotit necesar, ca această autoritate să aibă un tablou general al tuturor medicilor cari au dreptul de liberă practică, o statistică a personalului sanitar şi o situaţie exactă a tuturor serviciilor de medicină curativă, de medicină preventivă şi de ocrotire socială pe care ţara le are.

Regretând că aceste lucrări, atât de necesare, nu existau, am procedat la facerea recensământului medicilor şi la publicarea unui Anuar.

Apoi am făcut recensământul farmaciştilor şi al personalului sanitar.

Concomitent cu strângerea acestor date foarte preţioase, am crezut necesar să facem un tablou fidel al aşezămintelor şi serviciilor sanitare actuale ale Statului, pe care îl prezentăm în broşura de faţă.

Pentru a vedea lipsurile şi a făuri proiecte, este neapărat necesar să avem posibilitatea unei vederi de ansamblu asupra instituţiilor şi serviciilor cari sunt astăzi în funcţiune.

De sigur că într'un Anuar ca acel pe care îl prezentăm, nu se pot colecta decât o serie de informaţii foarte sumare asupra serviciilor sanitare, arătându-se localitatea unde funcţionează, capacitatea lor, numele medicilor şi numărul personalului sanitar.

Am completat aceste date arătând separat localităţile în cari Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale are dispensarii proprii şi pe cele în cari s'au închiriat clădiri pentru instalarea acestor instituţii sanitare.

Această simplă enumerare constitue un program de lucru, întrucât cel puţin la sediul fiecărei circumscripţii rurale trebue să avem o casă de sănătate şi de ocrotire socială cu bae şi cu locuinţă pentru medic.

Cum în majoritatea actualelor circumscripţii aceste clădiri lipsesc, ele vor trebui construite prin munca şi iniţiativa locală, la care se va adăoga ajutorul puternic al guvernului.

Pentru fiecare judeţ s'a trecut separat numărul locuitorilor în comunele urbane şi în cele rurale, făcându-se apoi media populaţiei pentru un medic oficial.

Cum medicii spitalelor îngrijesc nu numai pe locuitorii dela oraşe ci şi pe cei din mediul rural, am dat şi această proporţionalitate.

Privind aceste cifre vedem că ele sunt foarte variate dela un judeţ la altul, oscilând între următoarele extreme:

a) Media de populaţie pentru un medic oficial în mediul rural:

Maximum, jud. Prahova: un medic la 12.169 locuitori.

Minimum, jud. C.-Lung: un medic la 4.757 locuitori.

b) Media de populaţie pentru un medic (socotind la un loc toţi medicii oficiali rurali şi urbani):

Maximum, jud. Teleorman: un medic la 9.233 locuitori.

Minimum, jud. Sibiu: un medic la 2.610 locuitori.

Aceste date vor fi foarte utile când se va proceda la completarea organizaţiunei noastre sanitare, întru cât noile servicii trebuesc întemeiate acolo unde nevoia lor este mai mare.

Cercetând organizaţia spitalelor din oraşele de reşedinţă, menite să asigure asistenţa medicală a tuturor locuitorilor dintr'un judeţ, se observă că cele mai multe, — sunt incomplete.

In genere lipsesc serviciile de specialitate, absolut necesare pentru combaterea boalelor sociale şi a mortalităţii infantile.

Iată care este situaţia în cele 60 oraşe-reşedinţe de judeţ:

Servicii de boli contagioase au numai 34.

Servicii de maternitate au numai 31.

Servicii de puericultură au numai 19.

Servicii de boli venerice au numai 17.

Servicii de oftalmogie au numai 15.

Servicii de tuberculoză au numai 10.

Această situaţie este inadmisibilă, întrucât boalele sociale şi mortalitatea infantilă fac ravagii fără ca organizaţia sanitară a Statului să le opună o rezistenţă puternică, bazată pe toate mijloacele pe care ştiinţa contemporană ni le pune la dispoziţie.

Simpla enumerare a serviciilor de specialitate existente, indică programul de desvoltare pe care trebue să-l urmărim în organizaţia Spitalelor din ţară.

*

In broşura de faţă s'a adăogat tabloul instituţiilor şi serviciilor sanitare din Basarabia şi Bucovina de Nord.

Cu toate că în aceste două provincii au pornit cu mult elan o serie de medici foarte valoroşi, cadrele medicale nu sunt încă absolut complete. Sperăm că noile concursuri ce se vor ţine la Ministerul Sănătăţii vor selecţiona specialiştii cei mai valoroşi din generaţia tânără.

Lucrarea de faţă, care este un adevărat Anuar al organizaţiei sanitare a Statului ,cuprinzând un tablou general al tuturor instituţiilor şi serviciilor publice şi numele fiecărui medic oficial, cu indicaţiunea funcţiunei ce ocupă, — va înlesni foarte mult organizarea nouei vieţi medicale ce dorim să întemeiem, de strânsă şi cordială colaborare între toate aşezămintele sanitare şi toţi medicii din ţară.

In adevăr, sistemul individualist în care funcţionează încă o bună parte din instituţiile noastre sanitare, trebue imediat schimbat pentru a sporl, printr'o acţiune solidară, randamentul aşezămintelor noastre de asistenţă şi de medicină preventivă.

Această idee, simplă şi dreaptă, întâmpină mari greutăţi în aplicarea ei practică.

Ele vor putea fi înlăturate numai printr'o largă înţelegere a marilor interese comune şi printr'o cordială colaborare între medicii de toate categoriile.

In prezent, diferitele instituţii publice, cu preocupări medicale, funcţionează în mod izolat, după concepţii proprii şi cu metode deosebite de lucru.

Iar serviciile sanitare ale Statului constituesc unităţi separate, fără o legătură organică şi reală între ele, deşi sunt guvernate de aceleaşi legi.

Pentru a înlocui starea de fapt de astăzi, cu una mai bună, va trebui să stabilim o colaborare strânsă între medicii oficiali de toate categoriile şi o conlucrare armonioasă între diferitele aşezăminte de asistenţă medicală, publice şi particulare.

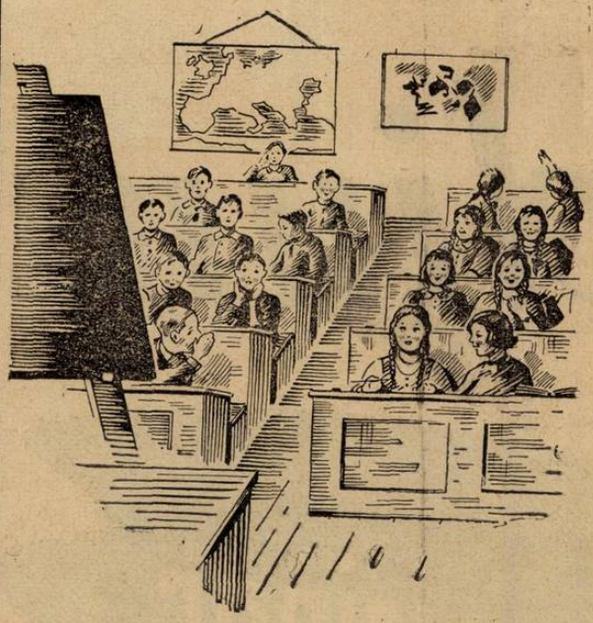
Formaţiunile noastre medicale, cari trăesc autonom şi izolat, trebuesc integrate într'o viaţă mult mai complexă, de relaţiuni strânse între toate unităţile organismului nostru sanitar.

Plecând dela medicii de circumscripţii rurale şi până la marile spitale de specialitate din oraşele de reşedinţă, trebuesc stabilite legături de colaborare între servicii şi de prietenie între oameni.

In fiecare judeţ medicii primari de spital vor studia şi vor lucra intens pe teren, la ţară şi la oraş, în domeniul specialităţii lor, fiind într'o strânsă colaborare cu medicii de circumscripţie. In special medicii cari se ocupă, prin natura specialităţii lor, de boalele şi de problemele sociale, — vor avea acest rol. Astfel medicii primari ai serviciilor de maternitate, de puericultură, de tuberculoză, de boli venerice, de boli contagioase, — vor fi animatorii luptei în contra acestor boale, pe întreg judeţul.

Medicii de circumscripţie îi vor ajuta în această luptă, fiind într'o continuă legătură unii cu alţii.

In reuniuni lunare în oraşul de reşedinţă se vor discuta problemele din punct de vedere ştiinţific, analizându-se concepţiile doctrinare, în lumina realităţilor locale.



Pentru copii de şcoală, anemici

prietenul copiilor

HAEMATICUM GLAUSCH

hematopoeticul confirmat, cu gust plăcut şi acţiune rapidă de roborare.

Combinaţiune fero-manganică organică, într'o formă uşor rezorbabilă. Prin adausuri de substanţe amare aromatice, stimulează pofta de mâncare

Flacon cu ca. 250 gr. . . Lei 130.—
Flacon cu ca. 500 gr. . . Lei 234.—

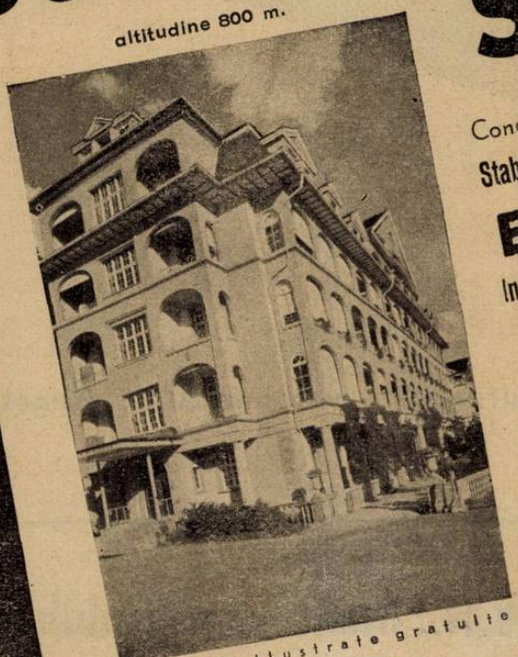
Flaconul mare deosebit de economic!

MAX GLAUSCH, KLOTZSCHE-DRESDEN
DEP.: „PHARMAG" S.A. BRAŞOV

ANEMIE - SURMENAJ INTELECTUAL - CLOROZĂ
ASTENIE GENERALĂ - INAPETENŢĂ - SCROFULOZĂ - RACHITISM

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite

Condiţiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

într'o poziţie privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentului lui:
în camere pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Şef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschlaud)

Pyridium

Antiseptic urinar

cu acțiune analgetică,
rapidă Scurtează timpul boalei

Cistite, Pielite, Prostatite

Forme de prezentare: Tuburi cu 12 dragele Flacoane cu 25 dragele

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România **Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.**

Medicii specialişti din capitala judeţului vor avea şi o dublă activitate didactică: la şcoalele de surori pe care Ministerul Sănătăţii le-a înfiinţat şi la cursurile de perfecţionare pe care le vor organiza pentru personalul sanitar: agenţi sanitari şi moaşe. Aceşti preţioşi auxiliari ai medicilor, vor fi menţinuţi la un nivel profesional mai ridicat graţie acestor cursuri periodice.

Pentru a înlocui individualismul excesiv de astăzi, printr'o acţiune medicală colectivă, este necesar să avem în fiecare judeţ un număr de adepţi ai noilor idei. Aceasta este cu mult mai necesar, cu cât sistemele noui nu se pot pune în mişcare prin ordine scrise ci prin convingerea creatoare.

De aceea vom reuni, în serii, în Capitală pe medicii primari de judeţ, pe doi dintre cei mai buni medici de circumscripţii rurale şi pe unul sau doi dintre cei mai buni medici primari de spital.

In aceste reuniuni vom delibera asupra vieţii medicale noui ce dorim să dăm serviciilor publice şi vom fixa cele mai bune metode de lucru.

Cu prilejul acestor consfătuiri, se vor ţine conferinţe de către specialişti asupra problemelor actuale ale sănătăţii publice româneşti şi asupra descoperirilor recente făcute în ştiinţă.

Se vor vizita instituţiile şi clinicele Capitalei, medicii având ocazia a se informa asupra tuturor chestiunilor cari îi interesează.

Fiecare medic reîntors în judeţul său, va căuta să creeze ambianţa spirituală necesară unei colaborări efective şi cordiale între toate serviciile sanitare locale.

*

Dar pe lângă o colaborare continuă între medicii de toate categoriile, este necesară o conlucrare strânsă între toate instituţiile sanitare existente în ţară.

In adevăr, generozitatea înaintaşilor şi spiritul vremurilor noui, de prevedere socială, — au dotat ţara cu numeroase instituţii de asistenţă medicală.

Ele s'au desvoltat după iniţiative foarte lăudabile şi cu rezultate destul de frumoase.

Pentru ca tot ceeace s'a creat să aibă un randament maxim, va trebui să se stabilească între toate aşezămintele medicale o colaborare strânsă în vederea acţiunei de ridicare a sănătăţii publice.

Această colaborare s'a realizat în cursul actualului război când toate instituţiile sanitare publice şi particulare au îngrijit răniţii, cu cel mai desăvârşit devotament.

Va trebui să căutăm şi să găsim forma sub care această colaborare să fie realizată.

In principiu, trebue să asigurăm bolnavilor de orice categorie socială şi de orice situaţie materială o asistenţă medicală competentă şi rapidă.

Pentru aceasta trebue să dăm posibilitatea ca bolnavii să fie primiţi în orice spital, indiferent de autoritatea sau fundaţia care l-a întemeiat. Acest sistem este astăzi admis în Spitalele Statului. El trebue generalizat.

Am cea mai mare speranţă să putem realiza, cât de curând, acest deziderat.

Pentru viitor colaborarea trebue să meargă şi mai departe: marile spitale necesare unei regiuni vor fi construite din fondurile puse la dispoziţie de instituţiile cari se ocupă de asistenţa medicală: Asigurări Sociale, Căi Ferate, diferite servicii publice pentru lucrătorii şi funcţionarii lor şi de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

In modul acesta vom avea spitale mari a căror dotare cu laboraoare şi servicii comune este mai puţin costisitoare şi a căror întreţinere este mai economică.

Pentru ca acest proiect să reuşească, întocmai ca şi medcii, instituţiile trebuesc să fie mai puţin individualiste.

Sperăm că ele vor avea în vedere interesul general şi vor accepta să colaboreze la opera de redresare sanitară a ţării, într'un plan general de lucru.

Tocmai în vederea acestui scop, în lucrarea de faţă am înglobat şi spitalele tuturor Eforiilor şi Instituţiilor publice de asistenţă medicală.

De sigur că, înscrierea în acelaş volum a tuturor instituţiilor sanitare şi a tuturor medicilor cari ocupă un serviciu oficial, nu înseamnă şi începutul unei imediate conlucrări.

Cum însă instituţiile şi medicii înscrişi aici, sunt însufleţiţi de acelaş ideal al ridicării stării sanitare a ţării, le adresăm un apel căluros, rugându-i să lucreze cât mai unitar şi mai intens în serviciul sănătăţii publice româneşti.

Sunt convins că acest apel va fi ascultat cu plăcere şi urmat cu entuziasm, graţie spiritului nou de care este însufleţită ţara, — spirit de mândrie naţională şi de solidaritate socială.

Domnul *Mareşal Antonescu*, Conducătorul Statului, care a dus ţara la victorie în fruntea oştilor biruitoare, doreşte să întemeieze o viaţă socială mai bună şi mai dreaptă în interiorul ei.

Corpul medical românesc, încadrat în organizaţia sanitară a Satului, va aduce în serviciul acestei opere, — cea mai devotată şi mai credincioasă activitate.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Adresa D-lui Ministru al Sănătăţei către medicii cari ocupă funcţiuni publice, cu prilejul Anului Nou

Cu prilejul anului nou D. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale a trimis următoarea adresă tuturor medicilor cari ocupă funcţiuni publice în organizarea sanitară a ţărei:

Stimate Domnule Doctor,

Cu prilejul anului nou, când fiecare dintre noi îndreptăm gândurile noastre către acei de cari suntem legaţi prin sentimente mai puternice de afecţiune, ţin să vă exprim felicitări călduroase, să vă urez un an bun pentru Dv., pentru familia Dv., pentru serviciul ce conduceţi şi pentru scumpa noastră ţară.

Activitatea desfăşurată de medici în anul trecut atât în timp de pace, cât mai ales în război, a fost mai presus de orice laudă.

Cea mai strălucită recunoaştere şi cea mai frumoasă răsplată pe care corporaţiunea noastră o putea spera a venit din partea Domnului Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului, care printr'un ordin de zi a arătat armatei şi Ţării că medicii şi întreg personalul sanitar, au bine meritat dela patrie.

Cu toate că ne aflăm în plin război, în anul ce vine va trebui să facem un efort enorm pentru a realiza un însemnat progres sanitar, în organizarea şi mai ales în buna funcţionare a tuturor serviciilor publice.

De aceia adresez un apel călduros tuturor medicilor cari sunt încadraţi în funcţiuni de stat, rugându-i să facă tot ceiace le stă în putinţă, pentru ca serviciul ce conduc să corespundă marilor nevoi ale momentului.

Înlăturând formalismul biurocratic şi trecând la realizări imediate prin iniţiativă şi răspundere personală, vom reuşi ca anul ce vine să însemne, cu toate dificultăţile inerente împrejurărilor actuale, — un an de progres.

Gândul meu merge în primul rând către medicii de circumscripţie, adevăraţi pionieri ai artei medicale şi ai luptei pentru prevenirea boalelor, în lumea satelor unde au de luptat cu dificultăţi imense.

In timp de pace, cași în cursul războiului, ei au avut de dus munca cea mai grea.

Ii asigur de toată recunoștința noastră pe care o vom manifesta nu numai în cuvinte ci și în fapte.

Am convingerea că în anul 1942 vom reuși să ridicăm în ierarhia medicală și în salarizare, pe medicii rurali, la o treaptă mult mai înaltă decât aceia pe care o au astăzi. Ei o merită și nu ne vom face decât o datorie, încadrându-i acolo unde ei s'au situat prin munca lor.

Dându-le această satisfacție morală și materială, vom avea dreptul să le cerem și mai mult decât în trecut. Sunt sigur că ei vor răspunde cererilor drepte ale autorităților făcând din funcțiunea lor o înaltă misiune medicală și patriotică, — în acelaș timp.

Medicilor de spitale le urez și îi rog ca serviciile lor să devie instituții de cea mai autentică practică științifică, creindu-și cadrul pe care nevoile technice ale medicinei moderne îl impun și ajungâd la rezultatele pe care știința contemporană ni le poate da.

Cred că nu este un deziderat pretențios și greu de realizat, ci un comandament obligatoriu ca spitalul și în general orice local al Serviciului Sanitar, să fie clădirea cea mai frumoasă și cea mai igienică, servind de model pentru toate intituțiile publice și particulare din regiunea unde se află.

Medicilor primari de județ le urez să devină animatorii stimați și iubiți, ai unei activități sanitare intense și fertile, în care să se angreneze voluntar și entusiast, tot corpul medical al unui județ.

Din această conlucrare pe care o solicit tuturor, va reeși o viață medicală nouă, într'un spirit de solidaritate profesională și națională de care se simte foarte multă nevoe.

Cu aceste idei generale, închei scrisoarea de față rugâdu-vă să binevoiți a vă încadra cu sinceritate, cu prietenie și cu devotament, acestor directive pentru ca să putem reuși, cu toții împreună, să aducem țării, — marile servicii pe cari i le datorăm.

Primiți vă rog, stimate Domnule Doctor, expresiunea celor mai bune sentimente de veche colegialitate și de mare stimă.

Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale
Dr. TOMESCU

București 1 Ianuarie 1942

Concursul de clasificare al farmaciștilor

Vineri 19 Decembrie, au început la Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale ședințele concursului de clasificare al farmaciștilor.

Pentru cele 300 locuri vacante, s'au înscris 837 candidați.

Juriul examinator lucrează sub președința d-lui *prof. dr. N. Gh. Lupu* dela Facultatea de Medicină din București și are ca membri pe d-nii *prof. dr. Vintilescu*, decanul Facultății de Farmacie și *prof. dr. Ștefan Bogdan*, președintele Colegiului Farmaciștilor din țară. Membrii supleanți d-nii: *prof. dr. Vintilă Ciocâlteu*, decanul Facultății de Medicină din București, *prof. dr. B. Theodorescu* și *prof. dr. Borcianu.*

Expunerea d-lui Prof. dr. P. Tomescu

Deschizând prima ședință a concursului *d. prof. dr. P. Tomescu*, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale a adus cele mai călduroase mulțumiri farmaciștilor cari au răspuns într'un număr atât de mare, apelului ce li s'a făcut de a veni la acest concurs și de a ajuta prin munca lor reorganizarea farmaciei românești.

Este destul să amintim că față de 500 farmacii românești, aveam 178 farmacii evreești pentru a vedea că era un comandament național să reintre în patrimoniul Statului și al farmaciștilor români, practica acestei profesiuni.

Pe plan științific reforma făcută era tot atât de necesară. In adevăr, multe farmacii nu mai erau în posesiunea unor specialiști cari aveau obligația să le conducă în conformitate cu datele științei, ci devenise simple fonduri comerciale cari se exploatau în dauna sănătății publice. A trebuit prin reforma ce am făcut, să dăm farmacia în conducerea și în răspunderea farmaciștilor, abrogând toate apanagiile și privilegiile cari nu mai cadrează în epoca noastră.

Exercițiul profesiunei de farmacist nu poate constitui decât un drept personal, care nu poate fi nici cedat, nici arendat și nici lăsat moștenire.

O altă, problemă care ni s'a pus, a fost aceia a transferărilor. O bună parte din actualii concesionari doreau să-și multe farmaciile dintr'o localitate în alta. Ministerul era asaltat de foarte numeroase cereri, cari nu puteau fi soluționate întrucât ne lipseau criteriile de judecată. De aceia am socotit echitabil, așa cum am luat apanagiile farmaciștilor de altă dată să le abolim și pe cele avute de Minister până acum. S'a ajuns astfel la ideea care a fost legiferată de a se face și transferările tot prin concursul de clasificare ce începe astăzi.

O problemă mai grea o formase dificultățile financiare.

Pentru ca toți farmaciștii cari vor reuși la concurs, să ocupe efectiv locurile la cari vor avea dreptul, *d. Mareșal Antonescu* a binevoit a aproba să li se acorde credite pe termen lung.

Pentru a înlătura suspiciunile cari înconjurau în trecut aceste examene, am asigurat atât prin lege cât și prin regulamente cea mai perfectă obiectivitate în ierarhizarea oamenilor.

Din aceleași motive am căutat să formăm juriul examinator din personalități ale medicinei și farmaciei românești, toți profesori universitari

Vă pot asigura că această comisiune va lucra cu cea mai perfectă obiectivitate și nimic altceva decât valoarea candidaților va determina aprecierile juriului.

Tuturor acelora cari exprimă încă neîncredere țin să-i asigur că sub regimul Mareșalului Antonescu s'au schimbat atât de mult moravurile publice încât nu mai este posibil să se repete erorilor trecutului.

Curs de specializare în radiologie

Facultatea de medicină din București a organizat un curs de specializare în radiologie, sub direcțiunea d-lui profesor N. Hortolomei și conducerea tehnică a d-lui E. Lazeanu.

Cursul se va ține la Spitalul Coltea, va avea o durată de un an și va consta în stagiul de spital în Laboratoriile de Radiologie din Clinicile Facultății și în lecțiuni la amfiteatru, făcute după următorul program:

I. **Noțiuni generale de Fizică și Electricitate**, D. conferențiar N. Bărbulescu; II. **Radio-diagnosticul** leziunilor osoase, d-l dr. Ghimuș, d. docent Jovin și d. dr. Schmitzer G.; Radiodiagnosticul afecțiunilor aparatului respirator și cardio-vascular, d. conferențiar Lazeanu E.; Radiodiagnosticul afecțiunilor aparatului digestiv, d. docent Amilcar Georgescu; Afecțiunile Hepatice și căile biliare, d. dr. Stoenescu P.; Aparatul urinar, d. dr. Gatoschi; Radiologia în Obstetrică, d. dr. Vulcănescu. III. **Radioterapie**: Noțiuni generale de tehnică și Radioterapia tumorilor, d. conferențiar Lazeanu E. și d. dr. Schmitzer G.; Cancerul uterin, d. docent Jovin I.; Fibromul uterin și afecțiunile genitale, d. docent Amilcar Georgescu; Afecțiunile sistemului nervos, d. docent Jovin I.; Leziunile tuberculoase, d. docent Jovin I.; Afecțiunile organelor hematopoietice, d. conferențiar Lazeanu E.; Glandele cu secrețiune internă, d. conferențiar Lazeanu E. și d. docent Amilcar Georgescu; Radiotherapia în dermatologie, d. dr. Th. Ștefănescu; Radiotherapia anti-inflamatorie, d. docent Amilcar Georgescu.

Hormonii BYLA

ANTELOBINE BYLA

Hormon gonadotrop al lobului anterior de hipofiză, titrat a 100 U. I.
Indicaţiunile Lobului anterior de hipofiză.
Injecţii subcutanate profunde, de preferinţă.

HORMOFLAVEINE BYLA

Hormonul corpului galben. Titrat fiziologic a 100 U. clinice pe cc.
Toate indicaţiunile corpului galben.
Injecţii subcutanate profunde sau intramusculare, după aviz.

HORMOVARINE BYLA

Toate indicaţiunile foliculinei.
HORMOVARINE B FORTE: Benzoat de Di-hidro-foliculină naturală, în fiole de 1 cc., dozate a 5 mgr. sau 50.000 unităţi internaţionale benzoice de fiecare fiolă.
(Cutii de 1 fiolă, în soluţie uleioasă, pentru injecţie intramusculară).
Picături: 1.000 U. I. pe cc.; 30—80 picături luate pe zi, în apă, în trei reprize cu mult înaintea meselor.

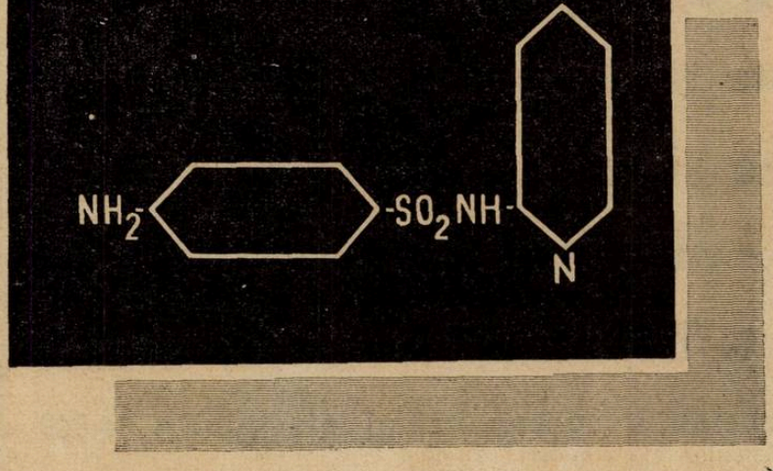
NEUROTROPHOL BYLA

Agent dinamogen, având ca bază glicerofosfaţi, acid nucleinic şi glandă interstiţială, aduce organismului un aport atât de variat şi activ de elemente fosforate, încât realizează tipul alimentului sistemului nervos.
Elixir. — Adulţi: un păhărel de licheur după fiecare masă.

ETABLISSEMENTS BYLA 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS XIV-e.

GEORGES VERGLAS, BUCUREŞTI III. — STR. PRECUPEŢII VECHI, 1

Eubasinum



GONOREE

DISENTERIE

PNEUMONIE

MENINGITA

Tablete a 0,5 gr: ambalaj cu 10 şi 30 tablete. — Fiole a 3,3 cc.: ambalaj cu 3 şi 10 fiole.

Nordmark Werke-Hamburg **Dr. Alex. Radu, Bucureşti 3, Str. Sofia, 30.**

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99

Remediu sigur pentru combaterea gripei și a răcelei

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

Profilaxia și tratamentul infecțiunilor căilor respiratorii, la adulți și la copii cu

CHINAETHER

eter — chinină — camfor

pentru injecțiuni intramusculare

Eficacitate remarcabilă în tusea convulsivă, pneumonii, complicațiuni pulmonare postoperatorii, etc.

SYNTHOESTRIN

Tablete și fiole

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4.4' Dipropionil - oxi - alfa beta - dietilstilben,

acțiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 unități hormon folicular cristalizat.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S.A.R. — BUCUREȘTI I, STR. SF. IONICĂ, 8

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop { Copii micii: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate { Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe. Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. — Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XX No. 2 — 15 Lei Exemplarul — 15 Ianuarie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTR. „ASOCIAŢIUNEA” SIBIIU

SUMARUL:

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. C. CONSTANTINESCU: *Note de chirurgie de războiu* 17

Dr. I. BEJAN şi Dr. E. GHIŢULEASA: *Tratamentul prin baraj al gangrenei gazoase* 18

Dr. PĂUNESCU-PODEANU: *Terapeutica în 1941* 20

Dr. VIRGIL POPOVICIU: *Administrarea coloranţilor azoici în terapeutica oculară* 22

Dr. G. ST. CONSTANTINESCU şi G. BUNCETIANU: *Intoxicaţie involuntară cu bromoform* 22

Dr. I. STOENESCU: *Consideraţiuni asupra alcoolismului* 23

CRONICI

Dr. I. COSMULESCU: *Câteva preocupări medicale şi paramedicale, actuale în Germania* 24

Dr. ST. DRĂGĂNESCU: *O. Foerster.* 26

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Urările D-lui Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului, pentru corpul medical şi personalul sanitar al Ţării; O mai bună asistenţă medicală a femeilor gravide; Mişcare în corpul medical 27

Numiri în Eforia Sanitară a municipiului Bucureşti; Curs de specializare în Radiologie 28

BIBLIOGRAFII

Psychiatrie d'urgence, par *A. Filassier*, «Les petits precis», par *A. Cautonet*, Edition Librairie Maloine

KRESIVAL

Expectorantul ideal în toate afecţiunile acute şi cronice ale organelor respiratorii

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentaţa generală pentru România
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86

Inaltă precizie terapeutică, chiar și la acele maladii la care o exactă stabilire a etiologiei și a felului maladiei nu este posibilă decât după o observație mai îndelungată.

Combizym

PREPARAT DE ENZYME DIGESTIVE MULTIVALENTE

TURBURĂRI DISPEPTICE de cele mai diverse origine

DISPEPSIE DE PUTREFACȚIE, indicanurie.

TURBURĂRI ALE DIGESTIEI GRĂSIMILOR la insuficiență biliară, icter, etc...

DISPEPSIE DE FERMENTAȚIE cu consecințele ei:
(Meteorism, indispoziții cardiace, turburări ale somnului.
Enterite de origine neclară.
Turburări de digestie la CURĂ DE REGIM.

SLĂBIREA PANCREASULUI

Insuficiențe digestive generale și post-operative.
Turburări pancreatice la îmbolnăviri biliare persistente.

ÎMBOLNĂVIRI ALE PIELEI

ca urmare a turburării proceselor digestive

ÎN RECONVALESCENȚĂ

la LIPSĂ DE POFTĂ DE MÂNCARE precum și la CURA DE ÎNGRĂȘARE pentru folosirea optimă a nutriției.

AMBALAJ ORIGINAL CU 30 DRAGEE

„Combizym este de o deosebită valoare ca terapeutic cauzal precum și ca terapeutic de substituire, este un progres evident și o achiziție nouă în tratamentul turburărilor tubului digestiv".

Dr. M. EUTENEUER, „Münchener Medizinische Wochenschrift" 1939, No. 21

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
STR. SF. IONICĂ, 8—BUCUREȘTI, I

FABRICA HYGEA-CLUJ S. A. R., BUCUREŞTI

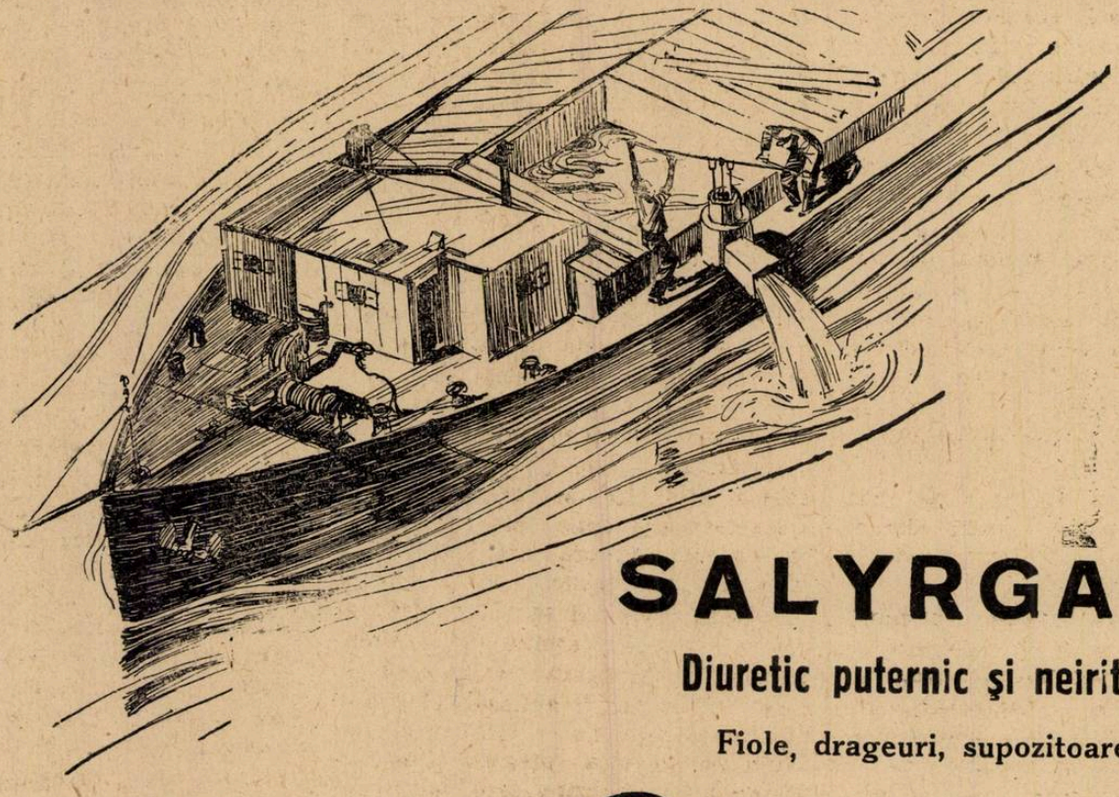
Splaiul Unirei No. 127. — Telefon 4.22.44

CHINOIN

Fabrică de produse chimico-farmaceutice S. A.

Denumirea şi ambalajul preparatului	Substanţa activă	Indicaţiuni	Dozajul
Transpulmin **Injecţiuni:** Cutii orig. cu 5 şi 10 fiole à 1.1 sau 2.2 cmc. **Soluţie:** Flacoane originale de 15 cmc.	Soluţie sterilă de chinină bazică şi camfor în uleiuri eterice. Injecţiuni intramusculare indolore. 1 cmc. conţine: 0.03 gr. chinină bazică, anhidră şi 0.025 gr. camfor.	Bronşită acută şi cronică, pleurezie, bronchopneumonie, pneumonie postoperatorie, bronchectasie, abces pulmonar, gangrenă pulmonară. Pentru evitarea complicaţiunilor pulmonare în gripe cu temperaturi pronunţate se recomandă tratamentul ombinat cu Solvochin. La bătrâni imobilizaţi (apoplexie, flebită, etc.) poate preveni broncho-pneumonia.	Odată pe zi 1–2 cmc. intramuscular. Durata unui tratament: 1—3 săptămâni. La copii doze mai mici corespunzătoare vârstei. La sugaci de 4—8 luni doza zilnică de 0.20 cmc., la copii de 5—8 ani până la 1.5 cmc. pe zi. Se poate utiliza şi pentru inhalaţiuni.
Anara Pentru inspirat contra guturaiului.	Un tub conţine 0.35 gr. α-phenil β-aminopropan dizolvat în oleu eteric, ai cărui vapori au un efect vasoconstrictor asupra mucoaselor nazale inflamate şi tumefiate	Guturai acut, vinită vasomotorie, febră de fân, astm nervos.	La nevoe odată pe oră. Maximum de 5—6 ori pe zi. Modul de întrebuinţare ataşat fiecărui tub.
Birobin **Drageuri:** Flacoane originale cu 100 drageuri.	Preparat organoterapic, hematopoetic fortifiant, pentru cură rapidă de îngrăşare. Fiecare drageu conţine: 0.15 gr. dintr'un preparat special obţinut din mucoasă gastrică + 0.015 gr. clorură de fer + 0.0002 gr. cuprosulfat şi 0.001 gr. hipofosfit de mangan.	Slăbire bruscă, convalescenţă, anorexie, turburări de desvoltare la copii, slăbiciuni constituţionale, caşexie canceroasă, etc. Deasemeni în anemie alimentară şi constituţională la adulţi şi copii, anemii secundare toxice, aclorhidrice, hipochrome (în timpul sarcinei).	Adulţi: De 3 ori pe zi 3–4 drageuri după mese Copii: Până la 6 ani; 3 drageuri pe zi. Până la 12 ani: 5–6 drageuri pe zi.
Deseptyl **Injecţii:** Cutii originale cu 6 fiole à 5.2 cmc **Tablete:** Tuburi originale cu 20 tablete.	1 tabl. = 0.40 gr. p-aminobenzolsulfamid. 1 fiolă = 0.50 g. p-aminobenzolsulfamid-metiletan-triu. Chimioterapenticul-infecţiunilor septice. Acţiune specifică energică şi sigură absolut nevatămătoare pentru organism. Măreşte puterea de apărare a ţesuturilor şi a sângelui, provocând în 1–3 zile scăderea temperaturii şi oprirea procesului infecţios.	Erisipel, infecţiuni puerperale, septicemii, scarlatină, furuncu oză gripă, amigdalite, poliartrite, endocardite, fistule dentare peridontite acute, otite medii, flegmoane, cistite, pyelite, meningite, etc. Ca profilactic în plăgi infectate şi arsuri.	*Bucal*: De 3 ori pe zi câte 2 tabl. d. mese cu puţin lichid. In cazuri grave în prima zi de 3 ori câte 3-4 tabl. La copii de 3 ori pe zi 1 tabl., sugaci ½ tabl. Copiilor până la 2 ani şi adulţilor anaciz li se vor da şi 4 picături acid clorhidric diluat pt. ½ tabl. *Inj*: 1–2 fiole pe zi intramuscular sau intravenos. De preferat administrarea alternativă a tabletelor şi injecţiunilor respectându-se un interval de 6 ore între amândouă.
Lanaclarin **Soluţie:** Flacoane cu 15 cmc. **Tablete:** Tuburi cu 15 tablete. **Injecţiuni:** Cutii cu 3 şi 6 fiole. **Supozitoare:** Cutii cu 5 bucăţi.	Conţine în forma cristalină extractul pur al tuturor glicosizilor genuini cardiaci, afară în foile de digitala lanata. 1 fiolă = 0.4 mg., 1 cc. soluţie = 45 picaturi = 1 tabletă = 1 supositor = 0.5 mg. Lanaclarin.	Decompensarea cordului de orice origine şi de orice formă, taehicardia paroxistică, clonus al auriculelor inimei, aritmie completă etc.	De 3 ori pe zi ½ cmc. sau ½ tabletă, în cazuri mai grave de 3 ori 1 cmc. sau 1 tabletă. La injecţiuni 1–2 fiole pe zi intravenos sau intramuscular. Un supozitor pe zi.
Testosan-forte **Injecţii:** Cutii originale cu 10 fiole à câte 1 cmc. **Drageuri:** Flacoane originale cu 40 bucăţi.	Conţine toţi hormonii testiculelor proaspete într'o formă durabilă dozat după indicaţiunile Dr. Kauders Este controlat permanent cu test de peşte (metoda Glaser-Hampel). 1 fiolă = 50 unit. biologice de peşte 1 drageu = 20 unit. biologice de peşte.	Turburările funcţiunilor endocrine: impotenţa, poluţiuni dese, climacteriul bărbaţilor, pubertate întârziată, neurastenie sexuală, depresiuni psihice, extenuare în urma bolilor îndelungate, tabes dorsalis, histerie, migrenă, epilepsie etc. Deasemeni în tratamentul schizofreniei, acneei vulgare etc.	De 3 ori pe zi 4 tablete după masă. Se recomandă completarea cu injecţii intramusculare sau intravenoase 1—3 fiole în fiecare două sau trei zile timp de 3–4 săptămâni. In caz de acnee (chiar şi la femei) 1–2 injecţii pe săptămână.

Exclusivitatea — O. A. F. — OFICIUL DE APROVIZIONARE FARMACEUTIC — Societate Cooperativă
STR. PIIAR MOŞ 6 — BUCUREŞTI 3



SALYRGAN

Diuretic puternic şi neiritant

Fiole, drageuri, supozitoare

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti 1, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86

Anul XX No. 2 — 15 Lei Exemplarul — 15 Ianuarie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Note de Chirurgie de război

Reflecţiuni asupra unei lucrări interesante

de Prof. C. CONSTANTINESCU
Medic General de rezervă

Revista «România Medicală» a publicat în unul din ultimele numere un articol datorit D-lor Medic Locot. Col. Mustăcescu şeful serviciului sanitar al Diviziei de gardă şi Dr. Podeanu, ajutorul său. Lucrare foarte interesantă şi tot atât de instructivă.

Interesantă această lucrare, pentru că — având în vedere partea foarte activă pe care formaţiunea lor a luat-o în luptele d.n Basarabia şi Transnistria,—ei ne înfăţişează realitatea faptelor, adică modul cum se petrec lucrurile acolo pe front, condiţiunile destul de grele în cari a trebuit să funcţioneze ambulanţa lor, greutăţile ce au întâmpinat, observaţiunile şi în fine sugestiile lor.

Instructivă, prin concepţia lor sănătoasă a chirurgiei moderne de război.

Citez din această lucrare: «Cum de primul tratament chirurgical depinde toată evoluţia ulterioară a răniţilor...» mai departe: «Principiile cari ne-au călăuzit au fost: 1. să venim cu intervenţia chirurgicală în primele ore, cât mai aproape de momentul rănirei 2. în faţa unei plăgi de război să evităm pe cât se poate complicaţiunile gangrenoase, iar pe de altă parte să fim cât mai conservatori,» şi în acest scop: «din instrumentele ce aveam, cele mai întrebuinţate au fost pensa de disecţie şi foarfecele, atât cât ne trebuie pentru excizie şi debridare».

Nu se pot defini mai bine şi mai clar comandamentele pe cari chirurgia eşită din experienţa războiului trecut ni le impune.

Ceea ce nu s'a înţeles suficient, sau nu a convins pe toţi chirurgii şi în orice caz nu s'a insistat destul asupra lui, e faptul că, experienţa ultimilor ani ai războiului mondial a revelat principiul de biologie de o importanţă hotărâtoare în materia care ne preocupă mai cu seamă, şi anume că: într'o plagă, ţesuturile sănătoase au mijloacele şi prin urmare posibilitatea de a lupta şi a reduce agenţii infecţioşi, cu singura condiţiune ca plăgile să fie debarasate de corpii străini; şi că din aceşti corpi străini, nu gloanţele sau schijele de obuz sunt cei mai periculoşi, ci lambourile musculare, aponevrotice, de ţesut celular sau eschilele osoase, într'un cuvânt fragmentele de ţesut organic cari lipsite de circulaţie şi inervaţie, sunt nu numai lipsite de mijloacele de apărare, dar formează, graţie structurei lor, adevărate medii de culturi microbiene, cari inundă în continuu plaga şi împiedică vindecarea ei... dacă nu produc accidente mai grave.

Prin urmare, din primul moment: «Pensa de disecţie şi foarfecele»... la care aş adăuga şi bisturiul, pentru a debarasa plăgile de aceşti corpi străini nefaşti. Pentru aceasta: incizii largi pentru a descoperi plaga. In setoane la membre, unde organe importante cad perpendicular pe traectul ei, după excizia orificiilor, incizii paralele cu aceste organe pot permite explorarea ei în întregime. O astfel de intervenţie, conştiincios executată şi completată cu un drenaj raţional, pune la adăpost bolnavul de complicaţii ulterioare şi face din el un soldat repede recuperabil.

Momentul când rănitul vine în faţa chirurgului, nu poate modifica atitudinea acestuia; este evident că cu cât rana este mai recentă, cu atât intervenţia are şanse să fie mai eficace; dar chiar când bolnavul vine mai târziu, şi cu o rană infectată aceeaşi atitudine se impune. Orice tratament antiseptic este incapabil să vindece o plagă atât timp cât corpi străini organici vor perzista în plagă. Un glonţ sau o schijă se pot inchista şi permite vindecarea, un corp străin de natură organică — repet, oricare ar fi antisepticul întrebuinţat — dacă nu e înlăturat, va întreţine infecţia plăgei, până la completa lui epuizare, care cere timp îndelungat, şi face din aceşti răniţi evacuaţi din spital în spital, marea majoritate a clientelei spitalelor din zona interioară şi tot atâtea elemente pierdute pentru armata de operaţiuni.

O altă consecinţă a principiului enunţat mai sus este că el condamnă odată mai mult dacă ar fi nevoie, pentru cei ce se lasă conduşi de raţiune şi nu de rutină) uzul şi abuzul de antiseptice. Ţesuturile sănătoase cu un drenaj efectiv se apără singure în contra infecţiunei, nu au nevoie să fie ajutate pentru aceasta, mai cu seamă de antiseptice cari brutalizează dacă nu cauterizează aceste ţesuturi şi le diminuează puterea de apărare. Un fapt care ilustrează acest principiu este că din toate antisepticile întrebuinţate, Dackinul, care la un moment dat a făcut epocă, este cel ce a dat cele mai bune rezultate, deşi hipocloritul de sodiu are proprietăţi microbicide cu mult inferioare celor alte antiseptice întrebuinţate. Faptul ar părea paradoxal, el se explică însă prin drenajul eficace pe care irigaţia continuă cu acest lichid o stabileşte.

Dar rutina este o tirană inflexibilă. Câţi chirurgi nu pot concepe încă vindecarea unei răni supurate fără ajutorul antisepticelor, în care îşi pun toată speranţa ?... Şi ce să mai zicem de acei cari şi în operaţiunile aseptice, sfârşesc aceste operaţiuni cu sticla de eter sau de benzină iodată... până şi în operaţiunile abdominale.

In altă ordine de idei, un proces injust se face azi în literatura medicală, drenajului cu tifon hidrofil, Se zice: «singurul drenaj recomandat este acel cu tuburi de cauciuc; burajul plăgilor cu tifon, este condamnat fiindcă împiedecă scurgerea secreţiunilor». Dar se face o confuzie regretabilă între termenii a drena şi a bura: a drena (dela expresia engleză to drain) semnifică a usca, a epuiza lichidul de pe un teren, în speţă, secreţiunile unei plăgi. A bura (dela francezul bourrer) înseamnă a înfunda, a astupa un orificiu: se burează o mină, sau un cartuş de armă. Semnificarea acestor termeni e cu totul opusă, şi e greu de închipuit un chirurg care să nu-şi dea seama de scopul în care instituie un drenaj.

Când orificiul de drenaj într'o plagă se găseşte, sau se poate practica, la partea cea mai declivă a ei, drenajul se face, oricare ar fi materialul întrebuinţat; când însă acest orificiu nu se poate practica (şi nu se poate

întotdeauna) la partea cea mai declivă a plăgei, drenajul cu tuburi devine cu totul insuficient. A trebuit să recurg, pentru a convinge un coleg sceptic, la următoarea simplă experienţă: în două pahare pline pe jumătate cu apă, am pus într'unul un tub de cauciuc cu multe găuri (astfel cum se recomandă) şi în celalt o fâşie de tifon hidrofil care era în contact afară, jos pe masă, cu un tampon de vată. După câteva ore am tăsit primul pahar exact în starea în care îl pusesem, cu lichidul ca şi tubul intact; iar celalt pahar gol de lichidul care imbiba tamponul de vată, ceeace era foarte natural, datorit fenomenului de capilaritate inoperant faţă de tubul de cauciuc. Această experienţă, ne îndrituieşte părerea cred, că ori de câte ori o porţiune a plăgei se găseşte la un nivel inferior orificiului de drenaj, acesta nu se poate obţine decât cu tifon; fără să mai considerăm faptul că acest tifon se poate insinua şi drena în diverticulele unei plăgi, ceace nu se poate realiza cu tuburile de cauciuc.

Iată pentru ce este injustă proscrierea acestui mod de drenaj şi regretabilă fiindcă îl îndepărtează din practica chirurgilor tineri, fără experienţă personală. Insist asupra acestui fapt, fiindcă am avut în nenumărate rânduri, la spitalele din Sinaia pe cari le-am condus, impresia detestabilă pe care o face o plagă infectată, cu ţesuturile tumefiate, împănată cu numeroase tuburi de cauciuc cari cu extremitatea lor din plaga bălăceau într'o mare de secreţiuni, pe cari nu le puteau evacua. Asfel de plăgi, astfel drenate, erau departe de a forma o excepţie printre bolnavii cari ne soseau.

O plagă curăţită conştiincios de corpii străini, acoperită şi drenată cu tifon hidrofil, fără nici un antiseptic, ne înfăţişează după o zi sau două (timpul necesar pentru ca răniţii să ajungă la formaţiunile din spatele frontului), ţesuturile sănătoase cu coloraţia roşie caracteristică, şi dacă în aceste plăgi, se găsesc porţiuni de o coloraţie închisă, vânătă, dubioasă, acestea ne invită să completăm prima intervenţie, prin excizia acestor ţesuturi.

Nu am o experienţă personală asupra tratamentului cu sulfamide, care este din ce în ce mai preconizat Considerându-l chiar ca un excelent mijloc de tratament, consiliez în mod insistent şi celor mai convinşi partizani ai săi, să-l întrebuinţeze ca un mijloc adjuvant şi să nu neglijeze din cauza lui, preceptele sănătoase de chirurgie indicate de autorii articolului care face obiectul reflecţiilor de mai sus.

In fine, în lucrarea aceasta găsim o observaţie de un interes major; e vorba de problema ce a constituit pentru autori, plăgile abdominale penetrante. După propria lor mărturisire (atât de interesantă prin experienţa lor), condiţiunile în care puteau fi trataţi aceşti răniţi, au avut ca rezultat că mai toţi au sucombat; fapt pe care l'am bănuit de la începutul campaniei, fiind dat numărul extrem de mic de astfel de răniţi ce veneau de pe front. La spitalele din Sinaia nu s'au primit decât doi bolnavi cu acest diagnostic, care în definitiv nu erau decât setoane ale peretelui abdominal.

D-nii doctori Mustăcescu şi Podeanu au căutat să rezolve această problemă improvizând o sală de operaţiuni adhoc. Rezultatul a fost că din 36 de bolnavi au vindecat 22. Iniţiativă nu se poate mai meritorie, dealtfel ca şi rezultatul ei terapeutic. Această problemă însă, trebuie să fie pusă ca una din cele mai interesante de cei ce conduc serviciul sanitar în campanie.

Cred că ea nu ar fi greu de rezolvat, şi nu cu prea multă cheltuială. Căile ferate dispun de un număr mare de autobuze pentru transportul călătorilor pe şosele. Aceste autobuze sunt suficient de spaţioase pentru a se putea amenaja pe ele, o masă şi toate aparatele necesare unei săli de operaţiuni. Câteva astfel de săli de operaţie mobile şi destul de comode cu personalul adecuat necesar, la dispoziţia comandamentului unei armate, ar putea fi îndrumate repede la locul unde se dau luptele şi face reale servicii. O astfel de dispoziţie, a fost luată în războiul trecut de regretatul şef al serviciului sanitar Medicul General Antoniu. Cu titulatura pretenţioasă de «Echipa de chirurgie mobilă» a armatei a doua, am condus această echipă, care deşi era departe de a poseda amenajamentele şi a oferi posibilităţile pe cari le pot oferi aceste spaţioase autobuze, a fost de o oarecare utilitate în luptele din vara anului 1917.

Dacă n'ar fi decât pentru faptul de a fi confirmat prin practică necesitatea absolută ca plăgile abdominale să fie operate cât mai aproape de front şi încă lucrarea d-lor Mustăcescu şi Podeanu este cât se poate de utilă şi de bine venită.

Tratamentul prin baraj al gangrenei gazoase

de Dr. I. BEJAN şi Dr. E. GHIŢULEASA

Gangrena gazoasă este o chestiune de actualitate şi mereu prezentă în acest război. Terapeutica a rămas aceiaşi ca şi acum 25 ani, în războiul trecut, când amputaţia era tratamentul de alegere şi singurul în acelaş timp. Serul antigangrenos care incontestabil este un bun adjuvant, nu ne dă siguranţă şi în faţa crepitaţiunilor amputaţia este salvatoare. Eu personal am oroare de această operaţiune mutilantă şi în spitalul pe care l'am condus, la 1128 răniţi trecuţi prin mâna mea nu am făcut nici o amputaţie. Am avut cazuri grele în cari eu am mers până la limită, însă cred eu, în urma unei terapeutici chirurgicale bine înţeleasă, cu o îngrijire, atentă a rănitului, nelăsându-l nici un moment pe seama personalului ajutător, am parvenit să salvez ceeace s'ar fi amputat, poate, pentru o mai multă comoditate de tratament.

Am avut 2 cazuri de gangrenă gazoasă în cari, în oroarea mea de a amputa am căutat să aplic un tratament, care dacă poate nu e nou, l'am aplicat astfel încât mi-a dat deplină satisfacţ

Iată în ce constă acest tratament:

După examenul amănunţit al plăgilor, după delimitarea regiunilor de infiltraţiune gazoasă, care la membrele inferioare se găsesc mai ales pe traectul marilor vase, am făcut în afara linii de crepitaţie, cum a fost în cazul I. chiar în plină zonă, la rădăcina membrului, o coroană de puncte de foc profunde, întreruptă numai pe partea posterioară pe o mică întindere şi în dreptul vaselor femurale. Punctele se fac foarte apropiat, aşa încât după câteva zile se unesc şi fac un şanţ continuu.

După aceasta se fac cu bisturiul incizii largi pe tot teritoriul infiltrat, incizii cari se înconjoară cu puncte de foc profunde şi foarte dese. In urmă cu o siringă de 20 cc se fac infiltraţiuni cu apă oxigenată XII vol. pe o lăţime de aproximativ 4—5 cm, în ţesutul celular şi în teritoriul crepitant sub barajul de puncte de foc. Această infiltraţiune cu apă oxigenată trebue făcută cu atenţiune căci dă fenomene uşoare de embolie gazoasă. Bolnavul acuză: dureri precardiace, presiune în regiunea xifoidiană, constricţii toracice. Atunci injecţiunile se opresc. Până să apară aceste fenomene, este suficient ceace am făcut. Plăgile toate

În cazuri de insuficiență cardiacă chiar grave

Scilloral

dă posibilitatea unui tratament continuu, fără a produce turburări micșorând terapia intravenoasă de glicosid

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI

La dureri

QUADRONAL

SIGUR * EFICACE * BINE TOLERAT

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI

se spală cu soluţie slabă de hipermanganat de potasiu şi se pânsează cu tifoane îmbibate cu apă oxigenată XI vol.

Anestezicul întrebuinţat a fost novocaina administrată pe cale rachidiană, perfect suportată de bolnav, şi care ne dă o linişte completă.

Pentru membrul superior cred că anestezia intravenoasă este preferabilă din cauza termocauterului. Bisturiul electric ar putea înlocui termocauterul, ţinându-se seamă de puterea radiaţiunilor mai mari ale lui.

Am întrebuinţat această metodă cu rezultat bun în 2 cazuri şi fără nici un comentar, o recomand spre încercare înainte de a decide o amputaţie, căci sunt cazuri cum este unul din ale mele în care membrul inferior celălalt era fracturat deschis, cu o enormă plagă asa că le puteam considera ambele pierdute.

In chirurgia de război, cred că orice efort cât de mic pentru a face o chirurgie conservatoare va fi bine venit şi lozinca «nu amputaţi» se impune.

Cazuri clinice:

I. **Locotenent Plesa Vasile** din reg. 9 Dorobanţi în vârstă de 36 ani căsătorit din comuna Oniceni jud Buzău, a intrat în spitalul Z. I. 351 Sf. Sava pe ziua de 1 Octombrie 1941 ora 21 suferind de: Plăgi multiple prin schije la membrul inferior drept, gangrenă gazoasă a regiunii genunchiului şi coapsei drepte. Plăgi superficiale prin schije pe faţa dorsală a mâinii drepte.

Istoric. Rănit pe ziua de 30 Septembrie la Odessa prin schije de brand la piciorul drept şi mâna dreaptă. Imediat ce-a fost rănit i s'a făcut primul pansament în transee de către un agent sanitar cu un pansament individual de campanie, fără nici-o desinfecţie a plăgilor. După 8 ore este transportat la un post de prim ajutor unde n'a fost pansat, dar i s'a făcut ser antitetanic 3000 U ser antigangrenos 20 cc şi anatoxină tetanică 1 cc. Deaici a fost transportat la ambulanţa divizionară unde a fost pansat, apoi evacuat la Saltzburg unde este pansat din nou şi debridat. Aici i s'a administrat 8 comprimate Rubiazol. Dela Saltzburg este evacuat la Tiraspol, iar de aci cu avionul la Bucureşti unde sosesţe la 36 ore după rănire.

La ora 21 sosesţe la spital. La ora 22 este pansat.

Bolnavul prezintă plăgi nu prea adânci însă anfractuoase pe toată faţa internă a membrului inferior drept, mai adânci sunt în 1/3 mijlocie a coapsei şi faţa internă a coapsei şi faţa internă a genunchiului. După ce s'a curăţat bine plaga la un examen local mai atent se observă în regiunea genunchiului câteva pete mai colorate în roz violaceu decât restul tegumentelor, iar la palpaţie se simt crepitaţii mai ales pe faţa internă a genunchiului şi coapsei, până aproape de arcada crurală. Bolnavul este febril 39.

Imediat se pregăteşte pentru intervenţie chirurgicală.

Operaţia. Rachianestezia cu novocaină 0,11² ct. gr. după procedeul serviciului. Se fac debridări largi pe faţa internă a coapsei genunchiului şi gambei în 1/3 superioară. Din plaga ce se afla pe faţa internă a coapsei în 1/3 mijlocie s'au scos 2 bucăţele de stofă.

S'a făcut un baraj cu puncte de foc la rădăcina coapsei, în jurul debridărilor şi în toate regiunile unde se simt crepitaţii. Se fac injecţii subcutanate cu apă oxigenată XII volume. Se face un baraj cu injecţii de apă oxigenată în afara punctelor de foc dela rădăcina coapsei. Se fac injecţii unde se simt crepitaţii pe faţa internă a genunchiului unde petele din roz-violete se transformaseră în pete violete. In timp ce se injecta apa oxigenată bolnavul acuză dureri precordiale, apoi toracice, presiune în regiunea xifoidiană, anxee, bolnavul devine palid şi transpiră. Respiraţia se răreşte şi este superficială, pulsul slab. I se administrează imediat 5 cc. oleum camforat şi 1 cc cafeină intramuscular. Reflexele pupilare sunt bune, bolnavul are gâtul şi gura uscate, îi este sete.

După 5—6 minute toate aceste fenomene dispar. Injecţiile cu apă oxigenată sunt oprite. Se termină pansamentul punând mese cu apă oxigenată. A doua zi temperatura se menţine ridicată dimineaţa, spre seară scade la 37. Timp de 3—4 săptămâni febra oscilează între 37 şi 38. Starea generală este bună. Plaga în urmă se tratează ca orice plagă septică.

II. **Soldat David Gheorghe** din reg. 7 Vânători, în vârstă de 30 ani, căsătorit, din comuna Vatra Dornei C. Bucovina, intră în spitalul Z. I. 351 Sf. Sava pe ziua de 17 Septembrie 1941 prezentând: Fractura deschisă infectată a femurului stâng în 1/3 mijlocie, plagă enormă cu sfacel întins pe faţa posterioară a coapsei stângi în 1/3 superioară şi fesa stângă datorite unei răniri prin schije, are aparat ghipsat. Plagă prin schije anfractuasă sub maleola internă dreaptă, plagă prin schije în 1/3 mijlocie a antebraţului stâng.

Istoric. Rănit în ziua de 12 Septembrie 1941 la Odessa. Primul pansament se face la ambulanţa divizionară, apoi la Saltzburg unde i se curăţă plăgile. De aici este transportat cu avionul la Bucureşti pe data de 17 Septembrie 1941 şi adus la spitalul Z. I. 351 Sf. Sava.

A doua zi dela sosire bolnavul prezintă temperatură 39 care oscilează între 37.6 şi 39.6 timp de câteva zile.

In ziua de 2 Septembrie se scoate apartul ghipsat pentru a fi înlocuit cu altul.

In ziua de 21 Septembrie se face examen radiologic şi se constată: *Piciorul stâng*: fractura femurului stâng în 1/3 mijlocie cu o uşoară deplasare către partea posterioară a fragmentului inferior. Numeroase schije în focarul de fractură. O schije de mărimea unei piese de 2 lei la extremitatea superioară a coapsei în plica genito-femurală.

Piciorul drept: nimic osos, numeroase schije.

Mâna stângă: Fractura cubitului la unirea 1/3 superioară cu 1/3 mijlocie, numeroase schije.

In zilele de 22 şi 23 Septembrie temperatura se menţine tot ridicată, starea generală a bolnavului este îngrijorătoare.

Fiind medic de serviciu pe spital în seara zilei de 23 Septembrie la ora 24 bolnavul mă chiamă pentru dureri foarte mari la piciorul drept. Cu toate că a fost pansat în aceea zi, am procedat la refacerea pansamentului. Când se desface faşa un miros putrid foarte puternic ese de sub pansament, iar piciorul până aproape de rădăcina coapsei crepită, crepitaţiile sunt specifice gangrenei gazoase. Imediat se pregăteşe instrumentele pentru intervenţie chirurgicală şi domnul colonel dr. Beian este anunţat.

La ora 23 s'a făcut intervenţia.

Operaţia: Anestezie rachidiană excelentă cu 0.11 ct. novocaină după metoda serviciului.

Se scoate aparatul ghipsat dela piciorul stâng, se caută crepitaţii gazoase, cari la acesta lipsesc. La piciorul drept crepitaţii sunt până la rădăcina coapsei, mai ales pe faţa internă a coapsei pe traectul vaselor femurale.

Se face un baraj cu puncte de foc la rădăcina coapsei cu o mică întrerupere pe faţa posterioară, şi în dreptul vaselor mari se fac punctele mai superficiale. Punctele se pun foarte aproape. Se fac debridări largi în regiunea maleolei interne, pe faţa internă a gambei şi în regiunea genunchiului, aproape tot ţesutul este infiltrat, pe faţa internă a coapsei. Totul se înconjură cu puncte de foc.

In cele din urmă se fac injecţii cu apă oxigenată XII vol în jurul plăgilor şi la rădăcina coapsei în afara barajului de puncte de foc.

In timpul injecţiilor cu apă oxigenată bolnavul semnalează la început dureri precordiale, puls bine bătut dar neregulat, constricţii toracice şi presiune în regiunea xifoidiană, anxee. Imediat se opreşe injecţiile cu apă oxigenată, iar bolnavului i se administrează 5 cc oleum camforat şi 1 cc cardiazol. Se dă să respire oxigen dintr'un balon ce-l avem pregătit mai dinante. După 5—6 minute

toate aceste fenomene cedează, bolnavul se simte bine.

Se termină pansamentul punând meşe de tifon îmbibate cu apă oxigenată.

După operaţie imediat se administrează 100 cc ser antigangrenos, care se face încă 2 zile consecutiv tot câte 100 cc.

Starea generală se ameliorează însă febra nu cedează.

A doua zi se face pansamentul. Se spală bine toate anfractuozităţile cu soluţie slabă de hipermanganat de potasiu, iar meşele se îmbibă cu apă oxigenată. Pansamentul se schimbă de 2 ori pe zi. Crepitaţii nu se mai simt. La câteva zile toate punctele de foc se acoperă cu crustă, iar cele dela rădăcina coapsei se unesc formând un şanţ. Deacum înainte bolnavul se îngrijeşte ca orice plagă septică.

Starea generală este foarte bună, cu toate că febra se menţine deoarece el are o plagă enormă la piciorul stâng. Pe ziua de 5 Octombrie se face transfuzie 300 cc sânge. Pe ziua de 11 Octombrie este evacuat la spitalul Pantelimon cu febra scăzută la 37.

TERAPEUTICA IN 1941

de Dr. PĂUNESCU-PODEANU

Anul ce s'a scurs a fost vitreg pentru ştiinţă. An dominat, prin forţa lucrurilor şi imperativele vremii, de frământările războiului. Preocupările senine ale ştiinţei au rămas pe al doilea plan, privilegiu celor câtorva rămaşi în afara încleştării. Terapeutica şi-a schimbat centrul de greutate în chirurgie şi sediul pe câmpurile de luptă sau spitalele aferente. Iar ştiinţa, în laboratoare, pe mâini puţine şi în circumstanţe neprielnice, a rodit puţin şi slab. Mai slab ca în alţi ani. Realizări mai şterse, literatură mai slabă şi — singură consolare — maculatură medicală mai puţină.

*

Aportul cel mai important al anului îl constituesc câteva **medicaţii noi.** Realizările aparţin chimiei medicale, care pornită de câţiva ani, pe calea unor progrese impresionante, a dat şi în cursul anului trecut câteva produse sintetice noi de mare folos. Două sunt deosebit de importante: preparatele oestrogene sintetice (Stilbenpräparate) şi derivatul thiazolic din seria sulfamidelor.

S'au preparat *două produse oestrogene sintetice* cu eficacitate deosebită: *dietildioxistilben* şi *dietildioxistilbendipropionat*. Ambele au o putere de acţiune care egalează sau depăşeşte pe cea a oestradiolului şi depăşeşte mult pe cea a oestronului cristalizat. Verificările clinice şi de laborator, destul de numeroase până azi, sunt toate confirmative. Preparatele sintetice de stilben, bine suportate totdeauna, produc în organism toate efectele hormonului folicular: determină proliferaţia intensă a mucoasei uterine, exercită o acţiune trofică asupra organelor sexuale subordonate ovarului şi mai ales asupra uterului influenţează favorabil turburările deficitare ale menstruaţiei de origină hipofoliculinică, inhibă lactaţia. (Bibliografie esenţială: Roth Gebh. u. Frauenhlk. No. 1-1941; Wimhoefer, Ther. Ggw. No. 4-1941; Tuescher, Klin. Wschr. No. 23; Reifferscheid-Schmidt, Kl. Wschr. No 17; Heerrnberger, idem No. 21, apoi Antoine, Limburg, Faehrer ş. a.). Preparatele menţionate s'au arătat extrem de folositoare şi în afecţiuni extragenitale, în care lucrează favorabil hormonul folicular: în gonorea infantilă (Dobszay, Arch. Kind. No. 122), în migrenă (Lange, Muench. med. Wschr. No. 9), în pruritul vulvar (Nordmayer. Derm. Wschr. No. 49-1940). Pentru practică produsele despre care am pomenit, prezintă — pe lângă avantagiul unei acţiuni întărite — şi pe cel al ieftinătăţii şi al eficacităţii pe cale orală.

Sulfathiazolul aduce şi el o serie de calităţi importante care îl situiază, pe cât se pare, pe primul plan între preparatele sulfamidice. Lucrările de până azi tind să-i atribue o toxicitate foarte redusă şi o eficacitate depăşind de foarte multe ori pe a celorlalte sulfamide. Câmpul de aplicare pare foarte larg: pneumonie, bronchopneumonie, pneumonie gripală, erizipel, erizipeloid, infecţiuni chirurgicale diverse, anghina tonsilară; dar mai ales în gonoree eficacitatea lui este miraculoasă. Deşi recent născut, sulfathiazolul are deja un loc de prestigiu bine meritat în chimioterapia antiinfecţioasă. (Literatură foarte numeroasă. Dintre lucrările esenţiale: Leitinger, Med. Kl. No. 26-27; Wasserfallen, Schw. med. Wschr. No. 7; Peyer, idem; Trahsler, idem No. 24; Brunner, Zbl. Chir. No. 11; apoi în Jorn. Am. Med. Ass. No. 4, No. 8; etc.)

Tot ca medicaţii noi sunt de menţionat încă:

o serie de *corpi noi din seria adrenalinei*, rezultând din introducerea în molecula a grupului etil, a grupului izopropil, etc., având o acţiune bronholitică mult ridicată (Konzett, Naunyn Arch. No. 1);

un alt corp analog din punct de vedere chimic, adrenalinei şi histaminei — denumit *Priscol* — cu acţiune vasodilatatoare şi bune efecte în angor (Buerklen, Med. Kl. No. 9), în angiospasme (Singer, Wien. m. Wschr. No. 23-940);

apoi un derivat glicocolic de carbamid — *diphedan* — cu bune efecte în epilepsie (Mezei, Psich-Neur. Wschr. No. 11); un preparat sintetic, dietanolaminic, — *sintobilin* — cu bună acţiune în afecţiunile hepatice (Siebert, Dtsch. m. Wschr. No. 25).

*

Dintre **medicaţiile relativ recente, încă în studiu,** şi-au confirmat valoarea printr'o serie de lucrări noi, *pervitin*-ul, *veritol*-ul, *dolantin*-ul. Menţionăm dolantinul, analgezic spasmolitic mult apreciat, care s'a relevat ca un agent folositor, încă, în tratarea cardiacilor arteriosclerosi cu angor, ca sedativ (Heydner, Fschr. Ther. No. 1-1940), în tratarea sughiţului rebel (Müller, Ther. Ggw. No. 2-1941; Jessen, Dtsch. m. Wsch. No. 30), în alinarea durerilor de naştere (Benthin, Dtsch. m. Wsch. No. 28-940; Sonnak, idem, No. 32-941); dar mai ales sunt de subliniat efectele remarcabile obţinute de Wiedemann în paralizia agitantă (Psich-Neur. Wsch. No. 3). Noi am reuşit în câteva cazuri să uşurăm suferinţele multiple, polimorfe ale bacilarilor hectici, prin supozitoare de dolantin.

*

In rest sforţările terapeutice se rezumă la **încercări de mijloace vechi după metode sau tehnici noi,** cu ambiţia de a mări eficacitatea şi succesele în tratarea diferitelor boale.

In afecţiunile respiratorii. Steigerwaldt a arătat că eupaverina intravenos are un bun efect în spasmele bronşice după inhalaţii de gaze (Kl. Wschr. No. 24). In tratamentul astmului. Aschoff (Med. Kl. No. 17) a constatat că colesterina şi tiroidina întăresc efectul substanţelor antiastmatice cunoscute, fapt pentru care recomandă asocierea lor. Graeber (Münch. m. Wschr. No. 35) a insistat din nou asupra insulinei şi punctiilor lombare, iar Eppinger asupra gimnasticei respiratorii, în aceaş boală (Wien. Kl. Wschr. No. 1). Bune efecte în tratarea bronşectaziilor a obţinut Papilian prin injecţii de pilocarpină (Ardeal med. No. 9). Stricnina în injecţii progresive de câteva miligrame zilnic, constitue pentru şcoala lui Eppinger (Roos, Wien. kl. Wschr. No. 29) un tratament simplu şi de mare folos pentru pneumonie prin acţiunea to-

Tratamentul sifilisului este o chestiune de încredere

Neosalvarsan

este preparatul arsenobenzenic preferat în toată lumea pentru combaterea sifilisului

Continuând lucrările în acest domeniu s'a descoperit

Solu-Salvarsan

Soluție stabilă, gata preparată pentru injecțiuni intravenoase și intramusculare. Controlat de stat din punct de vedere chimic, biologic și clinic ca și NEOSALVARSAN

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.86.

ULMARA „GAMMA"

FRICŢIUNE LICHIDA

ANTIREUMATIC — ANALGETIC — REVULSIV

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

nică, circulatorie, neurovegetativă.

In tuberculoza pulmonară, anul ce a trecut a adus o serie de lucrări, cari confirmă în genere, utilitatea metodei de drenaj aspirativ a lui Monaldi, pentru tratarea cavernelor (Grass, Dtsch. Tbkblatt No. 1; Weber, Beitr. kl. Tbk. No. 96; Wagener, Z. Tbk. No. 86; Kovats, Ztschr. aertzl. Fortbd. No. 19; la noi Daniello, Rom. med. No. 3). In rest Weber pe de o parte (Wien. kl. Wschr. No. 2), Goralewscki pe de alta (Z. Tbk. No. 6) au semnalat buna influenţă a cuprului în injecţii, ce pare superior aurului, iar Kretjka a căpătat rezultate mulţumitoare prin calciu asociat cu vitamina C (Med. Kl. No. 7).

In afecţiunile circulatorii. Vitamina B1 a fost din nou pusă în valoare în tratarea insuficienţii cordului, de către Falzoy (Kl. Wschr. No. 19). Au mai fost făcute studii importante cu privire la glicozizii cardiaci de către Oettel (Z. exp. Med. No. 2 şi 6) prin care se precizează în bună parte intimitatea proceselor farmacodinamice intramiocardiace. Hassencamp (Z. Kreisl. Fschr. No. 13) a insistat din nou asupra însemnătăţii glucozei pentru terapia cardiacă şi arterială. Iar Beigiboeck (Kl. Wschr. No. 29) a arătat experimental rolul suprarenalelor în colaps şi buna acţiune terapeutică a asociaţiei de adrenalină în doze mici cu extract cortical. Poate că meritä să fie semnalată încă, aprecierea mare de care se bucură în şcoala germană, strofantinele pentru insuficienţa cordului, apreciere ce reese şi din lucrările ultimului an. Diverse forme de utilizare noui au adus o întărire a efectelor: strofantin + embran (Schleicher), strofantin + deriphillin, strofantin perlingual sau supozitoare etc. In fine s'a mai văzut că extractul de prehipofiză pe deoparte, lactoflavinul pe de alta, au o remarcabilă acţiune deshidratantă la cardiaci infiltraţi, accentuând în plus, totdeauna acţiunea diuretică a sărurilor mercuriale organice (Köhler, Kl. Wschr. No. 37 şi Lindner, Wien kl. Wschr. No. 45-1940).

In bolile sângelui. Este de semnalat observaţia lui Cramer (Münch. med. Wschr. No. 22), că hormonul folicular produce o rapidă revenire la normal a leucocitelor în diverse leucopenii (limfogranulomatoză, agranulocitoze, leucopenii după Roentgen, în anemia pernicioasă). Anemiile pernicioase refractare la tratamentul hepatic devin sensibile acestui tratament, când se asociază nicotilamid sau vitamina B1 (Buding, Dtsch. med. Wschr. No. 22).

In neurologie. Singer a recomandat pentru tratarea ictusului apoplectic, o metodă mixtă de deshidratare şi de tonificare a cordului. Administrează salirgan des repetat şi digitală 0,2 gr. zilnic pentru a împedeca edemul cerebral. Dar rezultatele lui nu ni se par extrem de convingătoare (Wien kl. Wschr. No. 4). Brunthaler ar fi observat bune efecte după pectină în paralizia infantilă (Mschr. Kind. No. 88), folosind dieta de mere şi Sangostop. Vindecări rapide, impresionante a obţinut Allmeder în enuresis prin vitamina B, per os; este de subliniat că nu a avut nici un insucces pe 33 de cazuri (Wien, md. Wschr. No. 23) Gaupp jun. (Nervenarzt No. 6) a semnalat folosul injecţiilor de insulină, 10 u. dimineaţa, în tratarea nevralgiei trigemenului şi a altor nevralgii; uneori dă singură rezultate foarte bune, alteori în asociaţie cu vitamina B1 pe care o întăreşte.

In fine Aulere (Z. aerztl. Fortbd. No. 3) a avut impresia că injecţiile de calciu intravenos, atenuiază durerile cancerosilor.

In artroze deformate, metoda hiperemizării locale, prin injecţii de acecholină, s'a arătat foarte de folos lui Wittig (Zbl. Chir. No. 30). Kempf a obţinut efecte deosebit de mulţumitoare în tratarea infecţiunilor aparatului locomotor prin aur pe gură, drageuri de Solganal de 0,01 gr. şi 0,1 gr. administrate în doze progresive (Dtsch. m. Wschr. No. 4). Iar Fenz (Wien kl. Wschr. No. 18) a vindecat 20% şi a ameliorat mult 60% din poliartritele cronice tratate cu injecţii de cupru.

Intre afecţiunile endocrine, în Basedow s'au semnalat unele metode deosebite: diiodtirozina intravenos a dat bune rezultate lui Wolpers (Dfsch. m. Wschr. No. 1) şi lui Schwarz (Med. Kl. No. 5) iar Hodenberg a relevat eficacitatea asociaţiei de fluor cu tirozină (Dtsch. m. Wschr. No. 26).

In alte domenii. E de menţionat încercarea lui Stolte (Mschr. Kind. No. 86) de a combate allergia de origină digestivă prin taninuri, administrate per os, spre a fixa allergenele albuminoase. S'a folosit vin roşu concentrat prin fierbere şi eldoform în pulvere, adăugate la masă. Rezultate bune şi rapide, care au permis la copii cu diverse manifestări allergice, o lărgire apreciabilă a regimului, fără accident. Krautwald (Kl. Wschr. No. 4) a constatat că injecţiile masive de cardiazol intravenos sunt de apreciabilă utilitate în tratarea intoxicaţiilor prin barbiturice. Orsos (Dermat. Wschr. No. 17) a avut rezultate mai mult decât mulţumitoare, tratând psoriazis-ul prin infiltraţii locale dermice şi subdermice cu novocaină, după metoda lui Rupassow 1933 mai ales dacă se adaugă şi diverse pomezi. De altfel — în altă ordine de idei — metoda infiltraţiunilor cu novocaină, a continuat şi în cursul lui 1941 să fie apreciată în tratarea diverselor sindrome algice, reumatismale etc. In sciatice (Vaubel, Z. Rheumaforschg. No. 1; Loibl, Med. Kl. No. 23) şi în alte nevralgii, nevrite (Becker, Psich-Neur. Wschr. No. 15; Fenz, Fochr. Ther. No. 4), în reumatisme cronice diverse (Mesoe, Wien m. Wschr. No. 14), spondilite (associat cu radium, Högler, Med. Kl. No. 17), în periartrita scampulohumerală (Saegesser, Dtsch. Z. chir. No. 9). In zona zoster, anul acesta a înregistrat încercări cu infiltraţii de novocaină şi vaccin antivarolic (Makai, Münch. med. Wschr. No. 14), cu vitamină B1 (Hasselman, idem No. 19), pe lângă cele mai vechi, cu sulfamilamid ale lui Roasenda (Giorn. Acad. Med. Torino No. 103—1940). Bune efecte par să aibă în tusea convulsivă razele ultrascurte (Wirth, Dtsch. m. Wschr. No. 7). Costăchel cu Covăsneanu (Spitalul No. 5) au relevat acţiunea diuretică a extractului de lob anterior de hipofiză în nefroza lipoidică, iar noi înşine (Păunescu-Podeanu, Rom. med. No. 11) am atras atenţia asupra folosului efedrinei, ca un coadjuvant chininei, în tratarea malariei.

In fizioterapie. Smyth (J. Am. Med. Ass. No. 18) a arătat că roentgenterapia produce adeseori bune ameliorări în reumatisme cronice, cu deosebire în spondilite. Cercetările lui Hildebrandt (Naunyn Arhc. No. 2), au arătat că razele ultrascurte şi diatermia măresc cantitatea de histamină în sânge; histamina din piele este deasemeni mult crescută sub acţiunea locală a majorităţii medicamentelor iritante cu efect revulsiv (Haas, Naunyn Arch. No. 2). Se pare că histamina nu e deci străină de acţiunea antalgică a agenţilor pomeniţi. Unionies (Nord. Med. No. 21) a arătat că rezorbţia iodului în cursul ionizărilor ţine de mai mulţi factori printre care principalul este intensitatea curentului. Renumitele băi ale finlandezilor, denumite sauna, s'au bucurat de studii deosebite; s'a arătat valoarea lor însemnată pentru sănătate şi acţiunea lor radioactivă (Hangarter, Ther. Ggw. No. 5; Karsten, Hippokrates No. 18; Muck, ş. a.). In fine mai sunt de menţionat cercetările lui Lescobar care au arătat că razele ultrascurte măresc colereza, şi ale lui Leonard care au arătat că aplicaţiunile locale reci măresc glicemia cu 15—20%.

Mai mult ca în alte vremuri a concentrat atenţia în anul trecut *studiul plăgilor şi al infecţiunilor de războiu.* Menţionăm între diversele mijloace locale de tratare a plăgilor: un amestec de permanganat de potasiu şi acid boric (Mezö, Chirurg. No. 2), cărbune animal granulat (Orator, Zbl. Chir

No. 20), diverse preparate cu bază de uree (Hess, Riedel Arch. No. 2), o soluţie foarte concentrată de permanganat de potasiu (Doppler, Med. Kl. No. 15-1940). Au apărut apoi o mulţime de articole de experienţă clinică în materie de chirurgie de războiu, în diferite reviste. Menţionăm în acest cadru, cu deosebire, aprecierea unanim favorabilă a sulfamidelor, mai ales în aplicare locală (şi semnalăm în această privinţă, ca unul din cele mai importante studii pe acela al d-rilor Turnescu, Săbăilă, Bogdan din Rom. Med. No. 22).

In fine de aceaş mare favoare s'a bucurat în timpul anului trecut *studiul alimentelor şi al vitaminelor.* Se marchează chiar o deosebită preocupare în acest sens. (Răsunetul vremurilor!). Tropp pe deoparte (Ernährung No. 4-5), Schmidt pe de alta, s'au ocupat de problema pâinei integrale şi cazone, demonstrându-i buna toleranţă şi foloasele. Printre altele, aceasta dă loc mai puţin la carii dentare, prin aceia că conţine elemente vitaminice şi minerale care lipsesc pâinei albe. Kötschau (Leib u. Leben No. 7) a insistat asupra exerciţiului în alimentaţie, arătând cât de dăunătoare sunt pentru tractul digestiv trecerile bruşte de regim. Bickel (Volksernährung) s'a ocupat de influenţa modului de preparare a alimentelor, asupra valorii lor nutritive. Dost a constatat că legumele cultivate în pământuri îngrăşate artificial, conţin mai multă vitamină A şi C (Mschr. Kind. No. 86). In fine D-na Maxim cu Boş au văzut că păstrarea fructelor face să le scadă treptat conţinutul în vitamină C (Rom. Med. No. 18). Tot în legătură cu alimentele: Catel (Dtsch. m. Wschr. No. 8) a arătat foloasele sucului de cartofi în alimentaţia copiilor, prin conţinutul vitaminic ridicat, înlocuind sucul de fructe; iar Magerl (idem No. 5), a obţinut cu acest suc rezultate satisfăcătoare în tratarea hiperaciditătii (fapte ce dovedesc încăodată că nevoia este bun îndrumător). Mai sunt de semnalat nenumărate studii asupra vitaminelor ce nu pot fi nici măcar enumerate.

*

Privit în ansamblu, bilanţul terapeutic al anului se prezintă slab, chiar dacă luăm în consideraţie că nu cunoaştem tot din ce s'a putut înfăptui în acest timp, ci numai o parte pe care ne-o permit actualele despărţiri ale umanităţii.

Ţinând seama însă de condiţiunile de lucru ale anului şi de natura preocupărilor impuse spiritului omului de vremi, putem să conchidem că s'au realizat totuşi lucruri **merituoase.**

Administrarea coloranţilor azoici în terapeutica oculară*)

de Dr. VIRGIL FOPOVICI
Medic primar

In decursul anului 1941 am întrebuinţat Prontosil în 10 cazuri şi Rubiazol în 7 cazuri în injecţii intramusculare *preventiv* (cum recent preconizează şi Păunescu-Podeanu în «România Medicală» 1942, No. 1), înainte de operaţia cataractei, înainte de enucleaţie, şi înainte de operaţia cataractei traumatice. Chirurgii în general confirmă acţiunea preventivă a sulfamidelor colorate. In unele cazuri a doua zi după operaţie am observat colorarea în cărămiziul caracteristic pt rubiazol şi prontosil a ţesutului subconjuctival pe locul inciziei sau ruperei conjuctivei bulbare. A treia zi deja nu se mai vedea nimic, totul era dispărut, s'a eliminat. Astfel am avut dovada materială a ajungerei substanţei medicamentoase injectate în fesă, la locul dorit: în plaga oculară.

Luând în considerare că prontosilul şi rubiazolul se poate da intern, prin urmare nu atacă mucoasa gastro-intestinală, am tras concluzia că nici mucoasa conjunctivală nu poate fi atacată, deaceia am aplicat soluţia de prontosil şi rubiazol din filolele aflate în comerţ 5% — direct sub forma de instalaţii în sacul conjunctival, fiind foarte bine suportate.

Dar am mers mai departe: am administrat soluţiile de prontosil şi rubiazol în injecţii subconjunctivale, imediat după intervenţia chirurgicală în cazurile dubioase sau infectate şi am putut constata că aceste preparate sulfamidice au fost foarte bine tolerate nedând semne de contraindicaţie.

Bazat pe constatările de până aci am aplicat soluţia de prontosil şi rubiazol în spălături direct în sacul lacrimal infectat sau cu uşoare stenoze, fiind totdeauna foarte bine suportate.

Am aplicat într'un caz de sinusită etmoidală cu fistulă în canaliculul lacrimal injecţia cu prontosil 5% direct în celula etmoidală cu rezultat atât de frapant încât pot sugera confraţilor rinologi să facă spălături în sinusite după lărgirea sau deschiderea orificiului, cu soluţie de prontosil 5% sau rubiazol 5% (conţinutul fiolelor în comerţ), direct în sinul frontal, etmoidal sau maxilar. Dar nu m'am oprit numai aici în aplicarea locală a compuşilor azoici coloranţi, ci văzând inocuitatea locală a acestor preparate sulfamidice colorate, — am aplicat într'un caz disperat: infecţie după operaţie de cataractă, — o kerato irită suparativă, — injecţia de prontosil şi apoi de rubiazol 5% direct în camera anterioară, ba chiar spălături repetate ale camerei anterioare cu rezultat atât de îmbucurător, încât deatunci în fiecare caz, după operaţia cataractei aplic injecţia subconjuctivală în jurul plăgii operatorii cu soluţie de prontosil sau rubiazol, spre satisfacţia operatorului şi binele operatului deopotrivă.

Apl caţiunile noastre de coloranţi azotici la locul de infecţie primesc acum o confirmare prin administrarea «in situ» a sulfamidelor albe de către *Dan E. Moucha* (România Medicală: 1942 No. 1). Dealtfel şi noi aplicăm sulfamidele albe de mult în terapeutica oculară direct în sacul conjuctival. Observaţiunile referitoare la aceste preparate sulfamidate albe le vom publica în curând.

Prontosilul şi rubiazolul **se pot întrebuinţa local în teraputica oculară fără nici un incovenient,** — atât sub forma de instalaţii în sacul conjuctival cât şi ca injecţii subconjunctivale, ca spălături ale sacului lacrimal, ba chiar şi sub forma de injecţii sau spălături în camera anterioară a globului ocular, fiind foarte bine suportate de ţesuturile oculare şi orbitale.

Prontosilul şi rubiazolul nu prezintă *nici o contraindicaţie în întrebuinţarea simultană cu colirurile uzuale în terapeutica oculară* (homatropin, atropin, scopolamin, cocain, pantocain, holocain, pilocarpin, eserin).

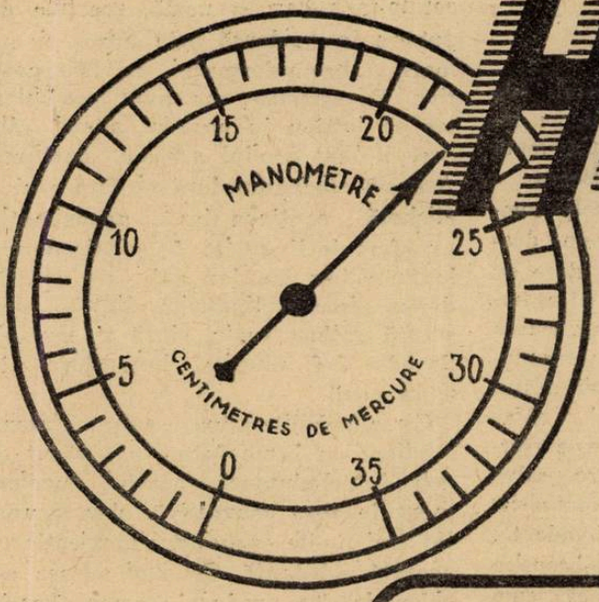
Intrebuinţarea coloranţilor azotici ca prontosilul sau rubiazolul în cazurile operate la schimburile de pansament zilnice este recomandabilă, deoarece *nu prezintă iritaţie şi secreţiune.* — cum se observă după preparatele de argint, ca argyorl, collargol, protargol.

Pe lângă căile de administrare cunoscute până azi în literatură (calea bucală, intramusculară, intrarachidiană, intrapleurală, intraarticulară, aplicaţiuni locale pe plăgi sub forma de soluţii, pudre, sau pomezi, paste) se adaugă acum şi aplicaţiunile locale a sulfamidelor colorante sub forma de:

1. instilaţii în sacul conjunctival
2. injecţii subconjunctivale
2. injecţii şi lavagi largi în camera anterioară a globului ocular
4. injecţii şi spălături în canaliculii şi sacul lacrimal
5. injecţii şi lavagi în sinurile nazale.

Colorantul azoic astfel ajuns în cantitate mare pe locul infectat, îndeplineşte condiţia esenţială a unei administrări raţionale de sulfamidă, care numai în aceste condiţiuni îşi poate desvolta maximum de efect terapeutic, fapt ce clinica a şi dovedit.

*) Lucrare făcută în Spitalul de Stat din Timişoara.



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— *Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.*
— *Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.*
— *Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.*
— *Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.*
— *Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.*

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

Meno și Metroragii

Epifizormon

EXTRACT HIDROSOLUBIL DIN GLANDA PINEAL

Fiole A 1.1 c.c = 10 ctgr. extract

PENTRU INJECȚIUNI SUBCUTANE ȘI INTRAMUSCULAR

„FARMAOLT" S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.

Intoxicaţie involuntară cu Bromoform *)

de Dr. GH. ST. CONSTANTINESCU şi Intern GH. BUNCEŢIANU

Redăm şi comentăm observaţia curioasă şi în acelaşi timp foarte instructivă a unui caz de intoxicaţie involuntară cu bromoform. Cazul nostru are următoarea particularitate: această intoxicaţie nu s'a produs din cauza unei erori medicale sau farmaceutice, ci din cauza nerespectării modului de întrbuinţare al medicamentului.

Din foaia de observaţie clinică se constată că în ziua de 7 Mai 1941, se internează în serviciu de boli contagioase copii din Spitalul Colentina, copilul N. R. I. în vârstă de 3½ ani, din Bucureşti, adus de către mama sa în stare de inconştienţă completă, cu relaxarea totală a musculaturei, respiraţie stertoroasă.

Antecedente heredo-colaterale: tatăl suferă de tuberculoză pulmonară depistată acum 4 luni. De 3 luni se află internat în sanatoriul Cărbuneşti. Mama este sănătoasă. Nu are fraţi, nici surori.

Antecedente personale: Copilul a fost născut la termen. A fost alăptat de mama sa. Acum un an a avut o enterocolită. Neagă maladiile contagioase. Până în prezent s'a bucurat de o sănătate relativ bună.

Istoric: de aproximativ o lună are tuse, fără să prezinte caracterul de tuse convulsivă, după spusele mamei. Copilul a fost dus acum o lună la un centru de sănătate unde a fost consultat de către medicul de copii, care i-a prescris un medicament pentru tuse sub formă de poţiune, ce trebuia amestecat cu ceai de tei la întrebuinţare. Mama i-a dat din acest amestec timp de câteva zile câte o linguriţă la 2 ore, apoi a părăsit medicamentul până acum 2—3 zile, când a început să-l întrebuinţeze din nou. De notat că mama afirmă fără putinţă de echivoc, că la administrarea medicamentului nu agita niciodată sticla, deşi i s'a atras atenţia în acest sens.

In ziua internării, de dimineaţă, deoarece copilul a început să tusească, mama sa i-a dat ultimele linguriţe din acest medicament. Apoi se duce să se joace cu alţi copii şi după un interval de timp — pe care mama nu-l poate aprecia — pacientul nostru se simte ameţit şi caută patul să se culce; înainte de a ajunge la pat, cade. Imediat este ridicat corpul inert al micului bolnav, este instalat în pat şi ţinut câteva ore, fără să i se dea vreun ajutor medical. Apoi cei din anturajul său fiind alarmaţi de faptul că nu se deşteaptă îl transportă de urgenţă la spital şi este internat în serviciul nostru cu următoarea:

Stare prezentă: Pacientul destul de bine desvoltat pentru vârsta lui, cu tegumentele foarte pigmentate. Cu toată această pigmentare se poate observa o paloare foarte accentuată. Buzele complet decolorate, albe, conjunctivele deasemenea. Copilul se află într'o stare de rezoluţie musculară completă, cu membrele şi capul balant, cu suprimarea completă a vieţii de relaţie. Nu răspunde la întrebări, nici la excitaţii destul de intense, înţepături, ciupituri, chiar flagelaţii puternice. Respraţia este stertoroasă. Din când în când are salve scurte de tuse, fără caracter convulsiv, după care elimină mucozităţi abundente; secreţia de mucozităţi tracheo-bronşice pare să fie foarte exagerată după cum este de altfel şi secreţia salivei. La examenul sistematic se constată: motilitate voluntară complet absentă. Motilitate pasivă: tonus muscular abolit. Reflexele rotuliene, achiliene, radiale şi cubitale absente, deasemenea şi reflexele cutanate abdominale. Reflexele bicipitale se produc foarte slab. Reflexele cutanate plantare se produc în flexiune. Pupile midriatice, nu reacţionează la lumină. Reflexul corneean extrem de slab, aproape abolit.

Aparat respirator: Raluri de bronşită diseminate în ambii pulmoni.

Aparat cardio-vascular: Zgomotele cardiace bine bătute, puls regulat, 78 pe minut.

Aparat digestiv: Buco-faringe de aspect normal. Copilul n'a avut scaun de când a intrat în stare de comă. Din cauza acestei stări, nu se poate cerceta sensibilitatea abdominală.

Ficat şi splină în limite normale.

Aparat uro-genital: Copilul nu urinează de azi dimineaţă, decând este comatos. Rinichii nu se palpează. Organele genitale externe normal conformate.

Sistem ganglionar: nu are adenopatii. Ureea în sânge 0.40%. Afebril.

Observându-se în timpul examenului medical că exhalaţia copilului prezenta un miros accentuat «sui-generis», care a fost asemănat cu cloroformul, şi s'au luat măsuri pentru identificarea produsului volatil care se elimina prin exhalaţie, iar diagnosticul s'a orientat spre o intoxicaţie medicamentoasă. S'au recoltat probe de sânge, de lichid cefalo-rachidian, de urină, în eprubete cu dopuri parafinate. Deasemenea s'a fixat exhaltaţia pacientului pe soluţie alcoolică de hidrat de potasiu, a cărei culoare s'a schimbat puţin în gălbui în urma barbotării cu aerul expirator. S'a constatat în această soluţie prezenţa bromurului de potasiu, iar în probele de sânge, lichid cefalo-rachidian şi urină, reacţiile de punere în evidenţă prin miros şi culoare a bromoformului, au fost pozitive. Deasemenea am avut posibilitatea să intrăm în posesia sticlei, din care a luat copilul această porţiune. Această sticlă murdară şi fără nici o etichetă, conţinea încă aproximativ un sfert de linguriţă de soluţie de culoare galben murdar, sub care se afla depus circa o linguriţă dintr'o substanţă galben auriu, clară şi care s'a dovedit a fi ulterior bromoform în stare pură.

Cercetând literatura asupra intoxicaţiilor cu bromoform am văzut că dela întrebuinţarea acestui medicament în tuse convulsivă, s'au semnalat mai multe cazuri de intoxicaţie cu această substanţă. Cel mai adesea accidentele s'au produs în urma absorbţiei într'o singură dată a cantităţii de bromoform, care fusese prescrisă pentru a fi luată în mai multe doze. Simptomele de intoxicaţie consistă mai ales într'o stare de stupoare mai mult sau mai puţin accentuată: copilul e palid, tegumentele sale sunt reci, muşchii în stare de rezolutie, respiraţia este slabă, pulsul abia perceptibil şi exalaţia prezintă un miros «sui-generis». Chiar în dozele cari depăşesc uşor doza terapeutică, bromoformul provoacă somnolenţă, cianoza feţii, neregularităţi ale pulsului, erupţii cutanate şi uneori sincopă. După Marfan, e mai bine să se prescrie la copii o emulsie de bromoform, decât apă bromoformată.

Deaceia observaţia noastră medicală pe care am prezentat-o, constatăm că are următoarea explicaţie: prin faptul că poţiunea a fost lăsată mai mult timp liniştită, prin faptul că mama copilului nu agită niciodată conţinutul sticlei înainte de administrare, s'a favorizat depunerea bromoformului la fundul sticlei, astfel că ultimele linguriţe din porţiune n'au fost decât *bromoform în stare pură:* ceiace explică dece atâta timp poţiunea a fost bine tolerată şi numai la sfârşitul sticlei s'a produs accidentul care a adus pe pacient în stare de comă şi a fost internat în spital. In felul acesta se înţelege pentru explicaţia faptului că nu este nicio eroare medicală sau farmaceutică, deoarece dintr'o singură dată s'a ingerat doza pentru mai multe zile.

Am crezut interesant să raportăm această observaţie deosebită, deoarece asemenea cazuri se întâlnesc mai rar în clinică şi atrage atenţiunea asupra instrucţiunilor precise pe cari trebue să le dăm când administrăm un astfel de medicament.

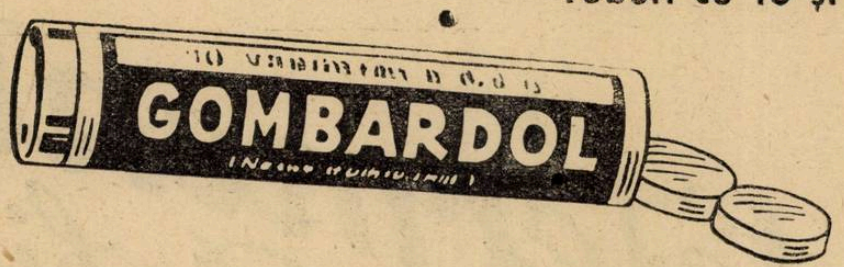
*) Lucrare făcută în serviciul de Boli Contagioase de Copii, Medic Primar Dr. *Aurel Stroe.*

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICATIUNI:
ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTRITELE REUMATICE
SI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 și 20 Tablete



PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ŞI IEFTINĂ IN:
INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ŞI PNEUMOCOCCICE

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Estetica Feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Se recomandă
DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:
Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții intramusculare în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existență
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute *și* cronice *la copii și adulți,* diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza *etc.*

Pentru literatură și eșantioane a se adresa reprezentanței generale
București, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

Câteva consideraţiuni asupra alcolismului.

de Dr. IOAN STOENESCU

Când Lancereaux şi Paulescu, în primul volum al tratatului lor de medicină, publicat în 1903, împart alcoolismul în: *etilism* (intoxicaţie cu alcool etilic), *aenolism* (intoxicaţie cu vin), şi *absintism* sau *onsism* (intoxicaţie cu esenţe), ei fac operă judicioasă, fiindcă, dacă în alcoolism, intoxicaţia majoră se datoreşte alcoolului etilic, nu-i mai puţin adevărat că fiecare băutură alcoolică îşi are specificitatea ei toxică, de care trebue să ţinem neapărat seama căci ea va imprima boalei — aşa cum arată autorii citaţi — un caracter clinic corespunzător băuturii pe care o ia mai des şi în mai mare cantitate. Nu vedem dece nu s'ar împărţi şi alcoolismul în forme clinice, variind cu băutura de care uzează alcoolicul şi care după componenţa toxică specifică pe care o are, poate da un grup sau altul de turburări.

Băuturile alcoolice au variat cu timpul, cu ţara şi cu regiunea în care au fost considerate. In general sunt cunoscute: vinul, ce poate fi socotit ca cea mai veche băutură alcoolică, berea şi rachiurile, aceastea din urmă rezultând fie prin distilare (cele mai adeseori primitivă — la cazan) a produsului de fermentaţie a fructelor — cele mai adeseori ţuica de prune, şi drojdia şi tescovina de struguri — fie preparate cu alcool fabricat în industria mare a spirtului şi cu diferite esenţe naturale sau artificiale.

Băutorul dela oraş şi cel mai înlesnit amestecă băuturile sau e eclectic, prin băuturi diverse şi mai ales pe acelea ce-i par mai plăcute.

Băutorul rural, însă, e mai monoton; el este fidel acelei băuturi pe care o are la îndemână, deobiceiu aceea care se prepară în regiunea în care se găseşte băutorul considerat. E deci natural că sătcanul din rgiunea de livezi de pruni să consume mai multă ţuică, iar cel din regiunea de vii să consume mai mult vin. Aceasta se întâmplă din două motive: Intâi, fiindcă băutorul sătean are bani puţini pe care să-i poată da pe băutură (chiar când şi-i dă pe toţi pe băutură favorită şi necesară); apoi cea mai eftină băutură este aceea care se fabrică obişnuit în regiunea în care se găseşte băutorul considerat şi pe are cele mai adeseori şi-o fabrică singur.

Prin procesul patologic ce creiază orice toxico-manie, această băutură îi devine necesară şi indispensabilă nu numai prin alcoolul etilic ce se găseşte în orice băutură alcoolică, ci şi prin restul componenţei băuturei pe care o consumă în mod obişnuit.

Celor neobişnuiţi cu ţuica nu le va place mirosul ţuicii de cazan, care face totuşi deliciul celor obişnuiţi cu această băutură, aroma mult savurată.

E ştiut că ţuica care este produsul de fermentaţie şi distilaţie a prunelor şi fabricată în mod primitiv în cazanele de ţuică ale ţuicarilor noştri asemănători cu les bouilleurs de cru din Franţa, are o sumă de impurităţi.

După analiza făcută pe 142 de probe de ţuică D-rul Urbeanu ajunge la concluzia că ţuica noastră are la 100 gr. alcool absolut 6. 207 gr, alcooli superiori, 0,228 gr. cianhidrină benzaldehidică şi 0,124 gr, furfural.

D-rul Windisch din Berlin găseşte 6,435 gr. impurităţi repartizate astfel: 5,885 gr. alcooli superiori, 0,491 gr. acid cianhidric şi benzaldehidă şi 0.059 gr. furfurol. Restul impurităţilor găsite de D-rul Windisch, ca; aldehide, etere compuse, acizi graşi este de 4,7 gr.

Cu bogăţia impurităţii şi aroma penetrantă a ţuicei fabricată în mod primitiv se obinuesc în aşa măsură cei cari beau mult timp această băutură încât nu le mai pare bună o băutură preparată la alambic şi mai bine purificată (Dr. Urbeanu). După cum celor ce nu sunt obişnuiţi cu Ţuica fabricată primitiv le este nesuferită aroma de ţuică dela cazan.

Înţelegem astfel că pe deoparte producţia şi felul de fabricaţie a unui fel de băutură alcoolică într'o regiune oarecare, unite cu adaptarea prin utilizarea uniformă a unei aceleiaşi băuturi pe de altă parte, poate creia ceeace am arătat în fruntea acestui articol: *alcoolismul regional.*

De când sunt în regiunea unde profesez am fost impresionat pe deoparte de proporţia alcoolismului şi alcoolicilor ce se găsesc în această regiune unde sunt multe livezi de pruni şi aproape 150 de cazane de ţuică, în care se consumă multă ţuică dar mult mai puţin vin, neexistând vii şi pe de altă parte de raritatea aşi putea spune lipsa unor manifestări clasic descrise în alcoolism, cum sunt: ciroza atrofică alcoolică a lui Laënnec şi cuperoza nasului şi pometilor. Am văzut aproape în toate cazurile faţa bătrânicioasă, ridată şi palidă. Această observaţie concordă cu descrierea etilismului făcută de Lancereaux şi Paulescu: «La peau du buveur de l'alcool est ordinairement sèche, ridée et pâle ou bien violacée et froide».

Din contră faciesul băutorului de vin, a oenolicului este roşu în regiunea nasului şi pometilor «La face se congestione facilement et les petits vaisseaux des pommettes et du nez, venant à se dilater peu à peu donnant au visage un aspect particulier designé par l'epithète vulgaire d'enluminé mais ce facies appartient surtout au buveur de vin care l'alcool de grains produit plutôt une teinte pâle et terreuse du visage». (Lancereux et Paulesco: Alcoolisme).

Iar la descripţia cuperozei Lancereaux et Paulescu arată: «Ses causes prédisposantes sont les diverses condition capables de provoquer des congestions du visage (dispepsie nerveuse, menstruations difficiles, aménorrhées, ménopause, boissons alcooliques)...

La fel afirmă Darier în ceeace priveşte etiologia acneei rozacee.

Il en est souvent aussi chez les alcooliques et surtout les buveurs de vin; le teint fleuri et le nez bourgeonant dont ils s'enorgueillisent parfois ne sont pas un signe de brillante santé, mais plutôt un stigmate de dyspepsie gastro-hépatique».

Deasemenea nu am găsit în regiunea unde mă aflu abdomenul meteorizat ce precede ascita cirozei aşa numite alcoolice, ci mai frecvent abdomenul retractat.

Ciroza atrofică a lui Laënnec se găseşte după Lancereaux şi Paulescu la oenalici,, nu la etilici (la cari se vede în schimb adipoza ficatului).

Ciroza nu este deci după aceşti autori datorită alcoolului etilic, ci sărurilor de potasiu din vin şi în special — acolo unde se practică platrajul vinului — sulfatul acid de potasiu, ce rezultă din reacţia chimică dintre sulfatul de calciu (ce se pune în vin în operaţia de platraj) şi tartatul de potasiu ce se găseşte în vin.

Observaţia mea este: lipsa cirozei atrofice a lui Laënnec şi a cuperozei în regiunea în care mă găsesc şi care este o regiune pomicolă şi în special prunicolă, deci o regiune de fabricaţie de ţuică şi de consum de ţuică.

Ar fi interesant să cunoaştem observaţiile făcute în regiunile viticole, unde se consumă deci mult vin (deşi în aceste regiuni se mai consumă drojdie şi tescovină) spre a se vedea dacă ciroza şi cuperoza se datoreşte intoxicaţiei aenolinei, dacă deci se găseşte în regiunile de vii şi acolo unde se consumă mai mult vin. In această privinţă mai este de remarcat ceva: Lancereaux şi Paulescu arată la etiologia şi patogenia cirozei oenalice că nu toate vinurile dau naştere la ciroza oenaică, — ci numai vinurile roşii puternic platrate, aride sau zaharate şi foarte alcoolizate. Cele albe naturale puţin aride şi puţin alcoolizate sunt aproape inofensive.

In sfârşit ar fi necesar să se arate pentru fiecare regiune dată, băutura obişnuită şi ştiindu-se bine componeţa ei, să se observe şi să se definească grupul de turburări date corespunzător.

Astfel se va putea constata dacă este justificată concepţia despre un alcoolism regional.

Câteva preocupări medicale şi paramedicale, actuale în Germania

de Dr. I. COSMULESCU

«Volksgesundheit-Volksschicksal» — Sănătatea poporului, soarta poporului — este titlul unui articol pe care Conducătorul sănătăţii Reichului german, d. Secretar de Stat Dr. L. Conti l-a scris în revista «Die Gesundheitsfuehrung». In el Domnia sa proclamă **«Indatorirea de a fi sănătos»**.

De mult această îndatorire era legal înscrisă printre obligaţiunile soldatului; acesta era pasibil de pedeapsă în cazul când din neglijenţă sau cu ştiinţă, îşi micşora într'un fel sau altul capacitatea combativă.

Actualmente oricine dintre alcătuitorii unei naţiuni, care lucrează (şi în Germania toată lumea lucrează) este un soldat. Deci şi ţăranul, şi meseriaşul, şi comerciantul, şi funcţionarul, şi intelectualul, şi mama, toate aceste capacităţi productive ale naţiunii, nu mai au dreptul să-şi considere sănătatea, baza capacităţii de muncă, drept un lucru particular, de care să d'spună după capriciul propriu. Toţi au îndatorirea să şi-o păstreze şi dacă, fără voinţa lor, şi-au pierdut-o, au îndatorirea să facă toate sforţările ca să încerce să şi-o recapete cât mai repede.

«Du hast die Pflicht gesund zu sein». Ai datoria să fii sănătos—este un nou comandament.

Din el însă naşte pentru autoritatea conducătoare a sănătăţii obligaţiunea de a pune la îndemână comunităţii toate mijloacele igienei moderne pentru împiedecarea îmbolnăvirilor, acum sau în viitor; deasemeni toate mijloacele medicinei moderne pentru recâştigarea de către bolnavi a sănătăţii, un moment pierdut.

Pe de altă parte ştiut este că sănătatea fiecăruia suferă în viaţa activă, în ritmul şi mediul de astăzi, agresiuni din partea unei mulţimi de factori, presăraţi la tot pasul şi care periclitează menţinerea ei desăvârşită.

Autoritatea superioară sanitară are obligaţiunea ca să denunţe membrilor comunităţii pe aceşti factori periculoşi, să ia toate măsurle necesare pentru înlăturarea lor sau, dacă sunt de neînlăturat, cel puţin măsuri care să anihileze efectele lor dăunătoare.

* * *

Cu toate problemele uriaşe pe care conducerea sănătăţii publice germane le are de rezolvat din cauza războiului, totuşi activitatea ce timp de pace, decurgând din principiul expus pe larg mai sus, continuă nestânjenită.

Iată, de exemplu, **lupta** intensă care se duce **contra fumatului.**

Alarma a fost dată de organul sanitar superior al partidului naţional socialist.

In ultimul timp obiceiul fumatului se întinsese peste măsură, mai ales la tineri şi femei. Astfel într'o tabără a tineretului hitlerist, o anchetă a arătat că din 400 de tineri sub 18 ani, numai 32 nu fumaseră încă; iar o anchetă întreprinsă printre elevi şi eleve de şcoli profesionale a arătat că dintre elevii de 14 şi 15 ani, o şeptime fumează, printre cei de 16 şi 17 ani, o treime, iar printre cei de 18 până la 20 ani, mai mult decât o jumătate; aceeaşi tendinţă de răspândire a acestui obiceiu se constată, în mai mică măsură însă, şi la fete.

Diferitele organe create spre a lupta contra fumatului, au studiat măsurile necesare de luat. Ele au fost pe larg desbătute în Congresul ştiinţific pentru studierea pericolelor fumatului, ţinut la Weimar, în Aprilie 1941. Acest congres a fost onorat de salutul Fuehrerului care a urat participanţilor spor la „munca întreprinsă pentru liberarea omenirii de una dintre cele mai periculoase otrăvuri".

Cu acest prilej s'a inaugurat şi „Institutul Ştiinţific de Cercetare a pericolelor fumatului", dependent de Universitatea Friedrich Schiller din Iena, pentru care Fuehrerul a destinat un prim fond de 100.000 R. M. Acest Institut va să culeagă şi coordoneze toate faptele şi documentele relative la acţiuna dăunătoare a tutunului şi să studieze chestiunea pe toate laturile ei.

O serie întreagă de măsuri au fost propuse, multe deja în curs de înfăptuire. Astfel, mărginirea reclamelor diferitelor articole de fumat la mici pancarte cu interzicerea reclamelor la cinematografe, teatre, presă sau orice local public; dispariţia completă a oricărei reclame de tutunuri va fi doar o chestiune de timp. Deasemeni interzicerea fumatului în mijloacele publice de locomoţiune, în ateliere, în clădirile publice, teatre, chiar restaurante. Asemenea măsuri au şi fost luate în Turingia; cu vremea ele vor fi generalizate în toată Germania.

O intensă propagandă, care să explice raţiunea acestor măsuri se face prin afişe, filme, broşuri şi conferinţe. Acţiunea dăunătoare a tutunului este expusă convingător şi sugestiv. Se insistă mult şi asupra acţiunii nefaste în performantele sportive. Pentru lămurirea individuală s'au instituit şi oficii de îndrumare (Beratungsstelle) care vor fi generalizate pe lângă otate oficiile de sănătate, iar institute pentru cure de desobicinuire vor fi înfiinţate.

Nu este neglijat nici punctul de vedere economic. Cifrele date sunt cu adevărat impresionante. Astfel, dintr'o broşură aflăm că în 1936 s'au fumat ţigări de foi, ţigarete şi tutun de aproape 2 miliarde şi jumătate de mărci, ceiace constitue aproape o jumătate din ventul total al economiei agricole şi forestiere al Germaniei din aceeaşi perioadă de timp, estimat la 5 miliarde şi jumătate mărci.

Aceleaşi măsuri se iau şi **contra a buzului, chiar şi a uzului băuturilor alcoolice.**

Desigur va fi greu de dezobicinuit pe cei adânc înrădăcinaţi în aceste obiceiuri, mai ales în vremuri de războiu; autorităţile conducătoare îşi dau perfect seama de acest lucru şi nici nu speră prea mult dela aceştia. Acţiunea lor se îndreaptă mai ales asupra tinerelor generaţii pe care conducătorii actuali ai Germaniei, prevăzători, le vor scoase de sub jugul acestor obiceiuri.

Intr'adevăr s'au dus vremurile în care imaginea tânărului german ne era studentul „Vechiului Heidelberg", pierzând nopţi şi semestre, bând halbă după halbă şi fumând ţigară după ţigară, închegând idile dulceag sentimentale cu câfe o romantioasă Käthe pe care în momente de melodramă o gratifica cu insignele studenţeşti: sapca şi lenta (care, de altfel, au şi fost desfiinţate, tocmai pentrucă simbolizau o stare de fapt dispărută).

Astăzi tânărul german trebuie să fie „ager ca ogarul, rezistent ca pielea, tare ca oţelul" (Flink wie Winhunde, zäh wie Leder, hart wie Kruppstahl), după cum lapidar şi sugestiv, l-a caracterizat Fuehrerul; iar cum condiţiunea primordială a realizării lui este sănătatea, lupta contra fumatului şi alcoolului se înţelege dela sine.

* * *

Este fapt cunoscut că Germania a ştiut să tragă la maximum concluziuni practice din progresul pe care l-a făcut studiul alimentaţiei, în special studiul vitaminelor.

O cantitate enormă de aceste substanţe se consumă; sugarilor li se dă demult la toţi vitamina antirahitică, milioane de copii de toate vârstele îşi primesc în lunile de iarnă zilnic raţia de vitamină C, la fel, din acest an, şi lucrătorii din fabrici.

In această ordine de idei s'a întreprins o vastă **acţiune pentru sporirea consumării de pâine integrală**, tocmai pentrucă ea are un conţinut mai bogat în vitamine. Intr'adevăr pare un non sens ca, în stadiul actual al cunoştinţelor noastre, tocmai partea cea mai biologic activă din bobul de cereale — germnul cu învelişul bobului

SULFAMIDA CU TOLERANȚA OPTIMA

SULFORONIN

Dr. WANDER

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree — Pneumonie — Meningită — Strepto — Stafilococie

Tuburi cu 24 tablete a 0,5 gr.

TRATAMENTUL PLAGILOR CU UNTURA DE PEȘTE

PLAGI ATONE — ARSURI — ECZEME

ULCERE EXTERNE

ZENON Pasta

Dr. WANDER

Compoziția: Ol. jecoris, Bals. peruvian, Oleum sesami iodat., Bisteril, Oxid de zinc, Vaselină, Lanolină

Mostre și literatură trimite la cerere

Dr. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice, București VI, Str. Cazărmei, 89

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAȚIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ — NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

— să fie aruncată cu tărâţele şi să nu fie consumată.

Acţiunea nu este nouă. Ideia a fost expusă încă în 1937 la Congresul partidului dela Nuernberg de profesorul dr. Wirtz, care expunând bazele unei alimentaţiuni sănătoase, a pus consumarea pâinii integrale ca primul scop de atins spre realizarea acestui deziderat.

Incercări pentru rezolvarea pe teren a chestiunei au fost începute în Saxonia în 1938. Succesul obţinut a arătat că pâinea integrală poate fi introdusă în tot restul Reichului.

Un organ superior (Reichsvollkornbrotausschuss) a fost creat în 1939, care să coordoneze măsurile de luat în această direcţiune.

Brutarii au fost învăţaţi de profesori speciali cum să obţină calitatea cea mai bună de pâine integrală; Institutele de igienă, prin secţiile speciale alimentare şi-au dat (şi îşi dau) un larg concurs pentru cercetarea valorii nutritive şi biologice a diferitelor moduri de preparare.

Până în Martie 1941, 13 mii de brutării din întreaga Germanie au fost recunoscute ca producând o pâine integrală ireproşabilă ca gust şi valoare alimentară. Iar pentru răspândirea consumului au fost puse la contribuţie toate mijloacele de propagandă: afişe, filme, conferinţe, broşuri care expun avantagiile biologice, nutritive şi economice ale pâinei integrală.

* * *

O intensă acţiune se duce pentru **introducerea în Germania a băii finlandeze «Sauna».** Vechiu obiceiu al popoarelor nordice germanice, vechile «Badestuben» din care au mai rămas exemplare încă în Europa centrală, el n'a fost păstrat decât de către Finlandezi, în viaţa cărora a rămas ca o necesitate de toate zilele, chiar la cei mai umili dintre ei. Şi unii cetitori îşi amintesc desigur de această bae din cartea lui Silanpää, «Grande Misere», la modă acum câtva timp la noi, în vremea primului războiu finlandez, când autorul fusese încoronat cu premiul Nobel şi în care eroul, ţăran singuratec şi sărac, avea totuşi lângă coliba sa o «sauna».

In cea mai confortabilă a ei execuţie, o asemenea bae se compune dintr'o cămăruţă de desbrăcare, una de odihnă, una cu basin rece şi duş şi din «sauna» propriu zisă. Aceasta este o odae căptuşită la interior cu lemn şi e prevăzută cu trepte, ca un amfiteatru. Posedă şi o sobă specială de piatră. Inainte de bae, soba se încălzeşte până ce pietrele dogoresc; temperatura se ridică în «sauna» până la 60—70 gr. Atmosfera fiind foarte uscată, temperatura este uşor de suportat.

Cel ce se îmbăiază se aşează pe una din treptele amfiteatrului; apoi se aruncă apă peste piatra încălzită a sobei; se desvoltă un nor de aburi calzi care aduc o excitare a pielii, crescută şi prin flagerări cu un mănunchiu de crenguţe de mesteacăn. Urmează înviorarea sub duş sau în bazinul cu apă rece, apoi înăburirea poate fi repetată. La sfârşit finlandezul se răcoreşte în apa proaspătă a unuia dintre cele «zece mii de lacuri» ale ţării sale, de lângă casa sa, sau iarna, printr'o bătaie cu zăpadă. Pe urmă se face un masaj special, foarte energic şi profund. După un timp de odihnă, se pare că acest sistem de bae aduce la cei obicinuiţi o senzaţie specială de bine şi de nevoie de activitate şi o admirabilă dispoziţie psihică

Deosebirea între «sauna» şi baia de aburi obicinuită ar consta în faptul că pe când la cea din urmă corpul stă şi suferă o atmosferă de aer cald sau de vapori calzi, cu care se obicinueşte, la «sauna» finlandeză avem deafacă cu o schimbare ritmică de excitaţie — aer cald şi vapori în formaţie care solicită energic pielea, circulaţia, respiraţia şi întregul metabolism (Dr. Hans Hoske: din Gesundheitsfuehrung Oct. 1941, pag. 332—335.)

Desigur că în determinismul acţiunii care se duce pentru întroducerea acestui fel de îmbăiere nu este străină admiraţia pe care performanţele sportive ale finlandezilor au stârnit-o peste tot şi rezistenţa fizică remarcabilă pe care au dovedit-o şi o dovedesc în războiul lor. Dar aci se vădeşte şi grija deosebită pe care conducerea sănătăţii Reichului o are de a adopta şi pune la îndemâna tuturor orice mijloc în stare să desăvârşească sănătatea membrilor comunităţii germane.

Chiar Conducătorul sănătăţii Reichului, d. dr. L. Conti recomandă printr'o ordonanţă specială (Nr. 7 din 1941) această «sauna» pe care o găseşte un mijloc ideal de luptă contra neajunsurilor pe care le aduce sănătăţii, viaţa civlizaţiei de astăzi. D-sa exprimă dezideratul ca orice fabrică, atelier, orice instituţie să-şi construiască o asemenea baie; deasemeni «sauna» ar fi modelul băii dela sate. Un apel călduros este făcut medicilor ca să studieze cu amănunţire efectele ei salutare, nu numai ca mijloc de întreţinere al unei bune sănătăţi, ci şi ca mijloc terapeutic în anumite stări de boală.

Pentru ca doritorii de asemenea băi să poată să şi le procure cât mai repede, s'au şi standardizat trei tipuri— Helsinki, Danzig şi Berlin — respectiv pentru 5, 12 şi 20 persoane, cu planurile, descrierea amănunţită, preţurile şi posibilităţile de excutare, respective.

Deasemeni o întreagă literatură medicală a şi apărut în această chestiune şi în curând va apare un întreg volum proectat să îmbrăţişeze totalitatea problemelor puse de «sauna».

* * *

Şi acum, înainte de a încheia această cronică în care am vrut să prindem câteva preocupări medicale şi paramedicale, actuale în Germania, să mergem la cinematograf, să vedem filmul «Ich Klage an» — Acuz — care rulează de săptămâni, trecând prin toate sălile Berlinului, urmărit de public cu cel mai viu interes. In el se desbate o problemă medicală, veche cât medicina, **euthanazia.**

Subiectul pe scurt e următorul: un renumit bacteriolog profesor al unui mare institut are nenorocirea să-şi vadă soţia îmbolnăvindu-se de o boală nervoasă infecţioasă, necunoscută, incurabilă. Toate sforţările făcute spre a-i descoperi agentul sau un mijloc de vindecare sunt zadarnice; boala îşi urmează cursul ei fatal şi începe să chinuiască prin accese de sufocaţie pe sărmana victimă. Pentru a-i curma suferinţa, profesorul dă să bea scumpei bolnave o doză mare dintr'un medicament, care-i aduce pe nesimţite liniştea eternă.

Cineva îl denunţă drept omorîtor; urmează o anchetă şi un proces. Cu acest prilej fapta este îndelung comentată sub toate aspectele ei; savanţi, medici, jurişti, preoţi, reprezentanţi ai diverselor clase sociale făcând parte dintre jurati, îsi expun părerile; toţi îi găsesc o justificare, cei mai mulţi o aprobă. Ultimul vorbeşte profesorul care recunoaşte că după legiuirile actuale trebuie să-şi ia pedeapsa. El încheie însă acuzând aceste legiuiri care îl împiedică să curme chinurile zadarnice ale unei fiinţe irevocabil condamnată la moarte.

Filmul se termină aci: verdictul juraţilor nu-l aflăm. Insă îl ştim pe acela al publicului din sală care aprobă gestul profesorului.

Desigur că într'o ţară în care manifestările publice sunt controlate sau dirijate, un film ca acesta trebuie să aibă un anume tâlc: poate că el caută să formeze o opinie, poate că el caută să afle opinia deja formată, a publicului. In orice caz am văzut mai sus că publicul aprobă cu înţelegere şi simpate compătimitoare măsura extremă a euthanaziei. Autorităţii nu-i rămâne de făcut decât un mic pas până la legiferarea ei.

OTFRID FOERSTER

(1873—1941)

Cu O. Foerster se stinge un mare om de știință al Germaniei și unul din fundatorii neuro-chirurgiei.

Se urmărești viața unui cercetător ca Foerster are un deosebit interes, căci te face să înțelegi taina activității lui prodigioase.

Foerster a fost totodată neurologist și neuro-chirurg. A început a-și forma solida sa cultură întâi ca neurologist și numai în urmă ca și Puussep, ca și Clovis Vincent, deși nu așa târziu ca acesta, trece în câmpul neuro-chirurgiei. Idei isvorâte din explorarea domeniului neurologiei, cereau o imediată aplicare chirurgicală și Foerster este irezistibil împins spre ogorul nedesțelenit încă pe atunci al chirurgiei nervoase.

Foerster, după terminarea studiilor sale universitare merge în Elveția, unde lucrează la Frenkel și aci îl preocupă terapia prin exercitiu a tulburărilor de mers tabetice. In urmă trece în Franța la Dejerine. In 1899 e asistent a lui Wernicke, în 1903 e abilitat ca privat-docent la Universitatea din Breslau cu monografia: «Physiologie und Pathologie der Koordination». Publică și un atlas cerebral. In 1909 propune rezecția rădăcinilor posterioare ca mijloc de tratament al gravei contracturi din paraplegiile spasmodice și cu aceasta păsește Foerster în domeniul neurochirurgiei. Il preocupă în special terapeutica durerii. Are ideia și o realizează singur, de a secționa rădăcinile posterioare toracale (7—10 inclusiv) în crizele gastrice tabetice. Tabloul dramatic al acestor crize pe care le studiase îndeaproape la maestrul său Frenkel, în Elveția, îl impresionase adânc.

In 1909 e numit profesor la Breslau, abia în 1920 e profesor ordinar.

Il pasionează orice idei nouă în neurologie. Din 1912 aplică în mod curent pentru diagnosticul biopsic al afecțiunilor cerebrale puncție craniană preconizată de Neisser.

Războiul din 1914 îl aduce în fruntea spitalului din cetatea Breslau și aci Foerster lucrează până în 1920 în domeniul leziunilor de războiu a nervilor periferici. In acest domeniu munca lui Foerster e uriașă, îl pasionează totul clinica, fiziologia, tratamentul. Face totul, construește, creiază. Găsește, indicând pentru viitor, adevărata atitudine a neuro-chirurgului în acest câmp vast al leziunilor nervilor periferici îl preocupă suferința neînchipuită a celor cu atari răniri, de obiceiu în tangentă înțeleși de chirurgii generali. In tratamentul nervilor periferici, Foerster stabilește indicațiile neurolizei externe și interne și precizează condițiile suturei nervoase, singurele mijloace de a înlătura durerea și de a pregăti viitoarea recuperare a nervilor atinși. Tot această experiență de războiu i-a dat posibiliatea să aducă date de o mare originalitate, relative la fiziologia specială a articulațiilor, a mușchilor striați și a oaselor.

Opera sa a apărut în «*Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg*». în «*Handbuch der Neurologie*» și în «*Luitungsbahnen der Schmerzgefühls*»

Activitatea neobosită a profesorului Foerster s'a întins în toate domeniile sistemului nervos. In el trăia alături de clinicianul și neurochirurgul emerit și fiziologistul pasionat, care a adus în această privință date, ce-l pun alături de Sherington. Foerster—cum îmi spunea într'o conversație, pe care am avut-o cu acest mare cercetător, la Berna, considera neuro-chirurgia ca o binefacere dată omenirei pentru a-i alina suferințele și științei pentru a avea date asupra fiziologiei nervoase umane.

Si Foerster așa a și trăit activitatea lui.

Secțiunea rădăcinilor posterioare i-a arătat, că prin aceste rădăcini trec fibre eferente pentru vasodilatație, fibre inhibitoare pentru sudorație și pilomotricitate și poate și fibre trofice. Persistența unei algii, după secțiuni chiar largi de rădăcini posterioare îi arată, că unele fibre pentru durere merg prin rădăcinile anterioare..

Problema durerei l'a pasionat mereu. Cartea sa amintită mai sus despre căile și tratamentul durerei (das «Schmerzbuch», cum e numită) este o operă-standard a oricărei discipline (Pette). Succesul nerealizat în unele cazuri prin radicotomia posterioară fac pe Foerster un adept al cordotomiei. Aceasta îi îngădue în plus a trage concluziuni asupra transmisiunei durerei. Foerster demonstrează, că pe lângă fibrele din cordonul anterior homolateral și latero-posterior controlateral, există și o conducere accesorie a durerei prin cordonul posterior și o conducere paraspinală prin lanțul simpatic.

După sensibilitatea remanentă și după vasodilatarea produsă prin excitarea faradică a segmentului periferic radicular, isbutește a stabili harta a 50 de dermatome la om.

Pe lângă cercetările asupra topicei intra-spinale la om Foerster are o prodigioasă activitate referitoare la fiziologia și fiziopatologia cerebrală. Se ocupă de problema mișcărilor involuntare și de somatotopia palidală și neostriată. Lucrează la stabilirea câmpurilor și a căilor motorii, ca și a ariilor sensitive cito- și mielo- architectonice cerebrale umane, pe bază de excitări electrice și bazându-se și pe fenomenele de deficit, consecutive exciziei unei părți din cortex. In această privință opera lui Foerster stă alături de cercetările lui Vogt, Von Economo și Brodmann. Foerster a lucrat și în domeniul chirurgiei tumorilor cerebrale, cum și în domeniul tumorilor medulare. Incă în 1912 avea 12 cazuri de tumori medulare operate, iar în 1935 numărul tumorilor spinale operate de Foerster se ridică la 88 din care numai 3 cu sfârșit letal.

Cu excepția timpului de războiu, întreaga lui activitate s'a desfășurat la Wenzel - Hanke - Krankenhausen in Breslau. Din 1934 se găsește aci alipit clinicei sale un Institut de cercetări creiat de fundația Rokefeller. O secție de histopathologie e condusă de profesorul Gagel, alta de fiziologie era sub conducerea lui Altenburger. Cu acesta din urmă, mort de tânăr, Foerster a intreprins o seamă de cercetări în domeniul electrofiziologiei și chronaxiei. Il interesa mult, în special fenomenul electro-biologic nervos.

Viața lui Foerster a fost o muncă pasionată și uriașă. Opera sa va trăi, căci e rezultatul unor observațiuni pe material imens făcute de un om de genialitatea lui. Pentru a invedera aceasta vom aminti că numai la capitolul chirurgiei de războiu au fost examinate de el direct 2724 de cazuri de răniri a nervilor periferici, din care personal a operat 523 de bolnavi.

Foerster a fost ani de zile președintele societății neurologiștilor germani. Apreciat de întreaga lume științifică Foerster făcea parte dintr'un mare număr de societăți savante germane și streine. In 1935 la Congresul internațional de Nurologie din Londra e invitat a ține o conferință comemorativă despre precursorul neuro-chirurgiei, Jackson. Cu această împrejurare i se oferă medalia de aur Jackson și 50 de gulzi. Foerster avea încă medalia Erb, Moebius, Notnagel și Cothens. Mai presus de toate aceste medalii însă rămâne opera sa.

Impreună cu O. Bumke, Foerster a publicat «*Handbuch der Neurologie*», cuprinzând în 12000 de pagini tot ce se cunoaște până azi în neurologie.

Foerster moare de o tuberculoză, de care știa din ultimii ani. La câteva ore, de aceiași suferință, îl urmă soția lui.

Institutul în care a lucrat poartă azi numele său.

Dr STATE DRĂGĂNESCU.

PASSIFLORINE
RÉAUBOURG

Acţionează paralel asupra simpaticului şi parasimpaticului, realizând un echilibru armonios între tonusurile celor două sisteme nervine, prin:

CRATAEGUS
Sedativ al excitabilităţii simpatice.

PASSIFLORA
Sedativ al excitabilităţii simpatice şi vagale.

SALIX ALBA
Sedativ al excitabilităţii vagale.

INSOMNIE, ANXIETATE, TEMERI, ERETISM CARDIAC ŞI MEDICAMENTUL FEMEII IN TOATE EPOCILE VIEŢII EI GENITALE

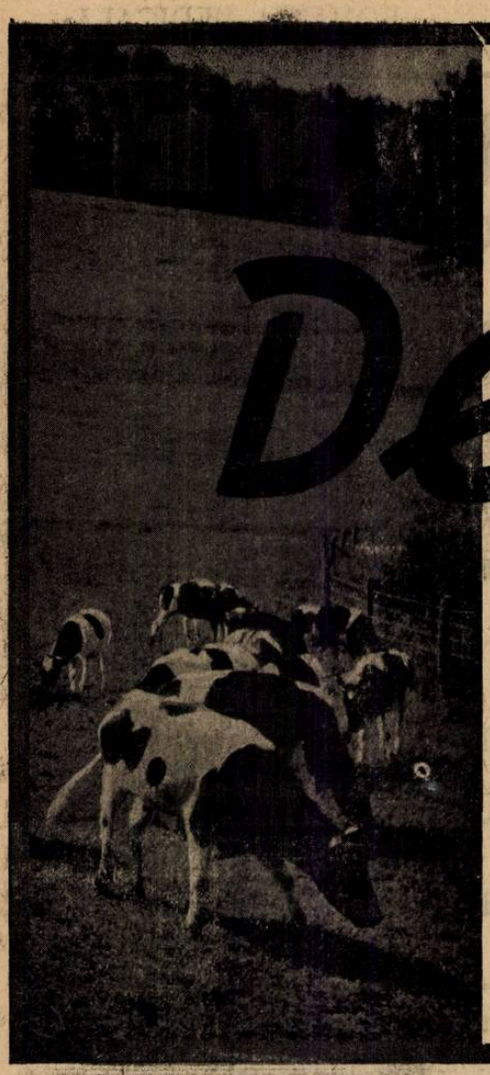
Ca sedativ: 2—4 linguriţe pe zi. — **Ca hipnotic:** 1—4 linguriţe seara la culcare.

ALGANOL

Cel mai puternic sedativ al durerei
Calmează imediat. Vindecă repede

1—3 buline pe zi.

Reprezentant General pentru România: GEORGE VERGLAS - Str. Precupeţii Vechi, 1 - Bucureşti III



PENTRU STIMULAREA

secreţiei biliare: Comprimate
diurezei: Fiole
Fiole

Decholin

conţine principiul choleretic şi cholagog al ficatului.

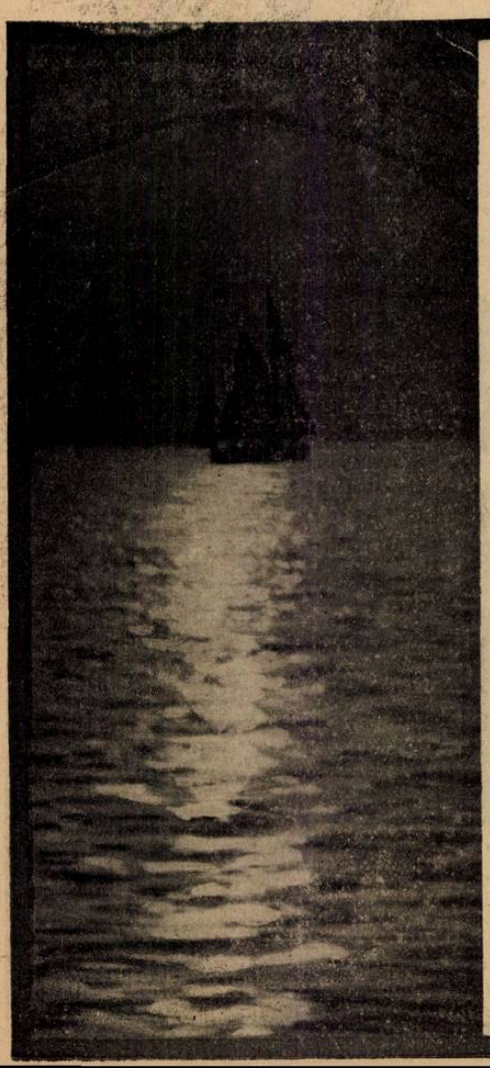
Este preparat din

BILA BOVINĂ

şi constitue deci un medicament fiziologic şi nici decum o substanţă sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, Bucureşti III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin



Liniştea noaptea

fără turburări consecutive a stării generale prin

NOCTAL

Tuburi cu 10 comprimate de 0,20 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, Bucureşti III, Str. General Eremia Grigorescu, 6.

J.D. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Urările Domnului Mareşal Antonescu Conducătorul Statului pentru corpul medical şi personalul sanitar al Ţării

Cu prilejul Anului Nou d. Ministru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a trimis Domnului Mareşal Antonescu o telegramă de felicitare pentru marea operă realizată în cursul anului trecut, asigurându-l de sentimentele de credinţă şi de devotament ale corpului medical românesc şi ale întregului personal Sanitar al ţării.

Domnul Mareşal-Conducător a binevoit a răspunde prin următoarea telegramă:

«Mulţumesc călduros corpului medical şi personalului sanitar al Statului pentru devotamentul pe care mi-l arată. Tuturor le trimit din suflet cele mai bune urări pentru noul an.

MAREŞAL ANTONESCU

O mai bună asistenţă medicală a femeilor gravide

In ziua de 8 Ianuarie crt., a avut loc la ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, sub preşedinţia d-lui *prof. dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţii şi ocrotirilor sociale,* o consfătuire cu d-nii medici primari ai maternităţilor din Capitală, în scopul de a se asigura o mai bună asistenţă medicală a femeilor gravide din cuprinsul Municipiului Bucureşti şi comunelor suburbane.

La această consfătuire au luat parte d-nii profesor *T. Vasiliu* şi *dr. Stoenescu* din partea Societăţii de salvare, d-na *dr. Medeea Niculescu* şi d-nii doctori *Scupievschi, Marius Georgescu, Al. Bădescu, Pavelescu, Mavrianopol, Zlotescu,* medici primari de maternitate, dr. *Constantin Enescu,* directorul Spitalului de Urgenţă şi *dr. Gh. Andreescu,* directorul medicinei curative din ministerul sănătăţii.

S'a hotărît ca pe ziua de 15 Ianuarie, să ia fiinţă un serviciu de gardă obstetricală, pe lângă Societatea de Salvare şi Spitalul de Urgenţă, unde să fie în permanenţă două moaşe interne, cari să aibă la dispoziţie, la orice oră din zi şi din noapte, mijloacele de transport şi materiale de pansamente şi instrumente necesare, pentru a putea da — la chemarea telefonică — o asistenţă imediată în cazurile de naştere.

Societatea de Salvare pune la dispoziţie două ambulanţe, care vor fi afectate exclusiv acestor transporturi.

Serviciul de gardă va fi asigurat prin patru moaşe interne, dintre foştele interne de maternitate, care vor fi încadrate în ce priveşte salarizarea, alimentaţia şi disciplina, la Spitalul de Urgenţă şi cari vor face serviciul, pe rând, câte două în acelaş timp.

Anunţarea cazurilor se va face prin telefon, dela circumscripţia poliţienească cea mai apropiată, camera de gardă având numărul telefonic 4.33.33.

Când se anunţă o naştere, una din moaşe merge cu ambulanţa Societăţii de Salvare, ducând cu ea materialele necesare pentru ca să poată asista pe gravidă la domiciliu în cazul când naşterea este începută, sau să o transporte la o mică maternitate, iar cele mai grave la maternităţile dela spitalele Filantropia, Colţea sau Brâncovenesc; soţiile C. F. R-iştilor vor fi toate internate la maternitatea C. F. R. «Regina Elisabeta».

Toate maternităţile din Capitală vor comunica zilnic, camerei de gardă, numărul paturilor neocupate şi vor păstra libere 2—5 paturi pentru cazurile ce sosesc în timpul nopţii.

In afară de aceasta, ministerul a instituit fişe obstreticale, cari se vor distribui serviciilor de consultaţii prenatale depe lângă centrele de sănătate şi celorlalte instituţii, cari dau consultaţii prenatale şi cari vor fi obligate să consulte şi să îndrumeze pe toate femeile gravide spre diferitele Maternităţi.

Toată această asistenţă va fi complet gratuită.

Mişcare în corpul medical

Se face următoarea mişcare în personalul medical din serviciile pendinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conf. cu dispoziţiunile prevăzute de legea sanitară şi de ocrotire şi în baza avizului dat de Comisiunea administrativă ce funcţionează pe lângă acest departament, în şedinţa dela 13 Noembrie 1941, prin procesul-verbal cu Nr. 13:

D-l dr. Ursace Grigore, medic primar radiolog la dispoziţia ministerului, se încadrează definitiv ca medic primar radiolog la Spitalul central din Cernăuţi.

D-l dr. Ceapă Calistrat, medic primar chirurg la Spitalul din Constanţa, se încadrează definitiv ca medic chirurg la Spitalul central din Chişinău.

D-na Agripina Nicoreşti Panaite, farmacistă şefă la Depozitul de materiale sanitare Constanţa, se încadrează definitiv ca farmacistă şefă a Depozitului de materiale sanitare Chişinău.

Următorii medici definitivi revin în acelaşi calitate în Basarabia şi Bucovina de Nord în posturile avute înnainte de cedarea acestor teritorii.

D-l dr. Georgescu Vasile, actual medic primar al judeţului Putna, se transferă definitiv ca medic primar al judeţului Cernăuţi.

D-l dr. Dinulescu Gabriel, actual medic primar al judeţului Gorj, se transferă definitiv ca medic primar al judeţului Hotin.

D-l dr. Costâc Teodor, actual medic primar al jud. Baia, se transferă definitiv ca medic primar al jud. Storojineţ.

D-l dr. Trufinescu Nicolae, actual medic primar de boli interne la Spitalul «Dr. V. Sion» din Constanţa, se transferă definitiv ca medic primar de boale interne dela Spitalul Bălţi.

D-l dr. Boguş Teodor, actual medic de circ. urbană la oraşul Piatra-Neamţ, se transferă definitiv ca medic de circ. urbană la oraşul Cetatea-Albă.

D-l dr. Radu Gheorghe, actual medic primar de boale interne la Spitalul Oraviţa, se transferă definitiv ca medic primar de boale interne la Spitalul Cetatea Albă.

D-na dr. Rusu Borţea Maria, actual medic de circ. urbană la Municipiul Galaţi, se transferă definitiv ca medic al oraşului Cahul.

D-l dr. Turcanu Grigore, actual medic primar chirurg al Spitalului R. Sărat, se transferă definitiv ca medic primar chirurg la Spitalul Cahul.

D-l dr. Pauliuc Burlă Vespasian, actual medic la dispoziţia Ministerului Sănătăţii, reparitzat la Serviciul sanitar al Municipiului Bucureşti, se transferă definitiv ca medic şef al ambulatorului ginecologic Cernăuţi.

D-l dr. Vrânceanu Alexandru, director în minister, se tranferă definitiv ca medic primar chirurg la Spitalul central din Cernăuţi.

D-l dr. Filipovics I., medic primar chirurg la Spitalul «Principele Nicolae» din Bucureşti, se transferă definitiv ca medic primar chirurg la Spitalul central din Cernăuţi.

D-l dr. Nandriş Ion, actual medic la Serviciul Sanitar al Municipiului Bucureşti, se transferă definitiv ca medic primar O. R. L. la Sptalul Central Cernăuţi.

D-na dr. Sicorschi Ionescu Olga, actual medic primar de oftalmologie la Spitalul din Brăila, se transferă definitiv ca medic de oftalmologie la Spitalul central Cernăuţi.

D-l dr. Patraş Samoil, actual medic la dispoziţia Ministerului Sănătăţii repartizat la Serviciul Sanitar al Municipiului Bucureşti, se transferă definitiv ca medic primar stomatolog la Spitalul central din Cernăuţi.

D-l dr. Constantinescu Gh., actual medic primar al Spitalului «Hanul Tărănesc» din Ploești, se transferă definitiv va medic primar la Spitalul de boale mintale din Cernăuți.

D-l dr. Morăreanu Isaia, actual medic șef al Azilului antirabic din Timișoara se transferă definitiv ca medic primar director al Institutului antirabic Cernăuți.

D na Pârvulescu Margareta, actuală farmacistă la Spitalul din R.-Sărat, se transferă definitiv, în aceeași calitate, la Spitalul de boale mintale din Cernăuți.

D-l dr. Iubaș Cornel, actual medic primar la Maternitatea spitalului «Dr. Cantacuzino» din București, se transferă definitiv la Spitalul maternitatea din Cernăuți.

D-na dr. Nandriș Astra, actual medic primar la Dispensarul «Româno-Britanic» din București, se transferă definitiv ca medic primar director la Spitalul de copii din Cernăuți.

D-l dr. Stoian Mihail, actual medic la Spitalul Murgeni, jud. Tutova se transferă definitiv la Spitalul Chilia-Nouă, jud. Cahul.

D-l dr. Bogoș Vladimir, actual medic la orașul Dorohoi, se transferă definitiv ca medic la orașul Hotin.

D-l dr. Bordeianu Ion actual medic primar chirurg la Spitalul Focșani, se transferă definitiv ca medic primar chirurg la Spitalul Hotin.

D-l dr. Cristescu Kraft Emil, actual medic la Spitalul cu circ. Ștefănești, jud. Botoșani, se transferă definitiv ca medic la Spitalul cu circ. Secureni, jud. Hotin.

D-l dr. Gnatenschi Eugen, actual medic la Spitalul cu circ. Ungureni, jud. Botoșani, se transferă definitiv ca medic la Spitalul cu circ. Trânca, jud. Hotin.

D-l dr. Pervac Gh., actual medic al circ. Ciurea jud. Iași, se transferă definitiv ca medic al Spitalului cu circ. Lipcani, jud. Hotin.

D-l dr. Comorovschi Nicolae, actul medic la Spitalul Bechet, jud. Dolj, se transferă definitiv ca medic al Spitalului Reni.

D-l dr. Spălățelu Ion, medic la dispoziția Ministerului Sănătății, repartizat la Direcția medicinei curative din Minister, se transferă definitiv ca medic primar chirurg la Spitalul din Ismail.

D-l dr. Mureșanu Augustin, actual medic primar de boale interne la Spitalul Slatina, se transferă definitiv ca medic primar de boale interne la ria» din Chișinău.

D-na dr. Capșa Cavalioti Elisabeta, actual medic primar la materenitatea Spitalului Giurgiu, se transferă definitiv ca medic primar la maternitatea Spitalului central din Chișinău.

D-l dr. Andrei Vasile, actual medic primar de boale interne la Spitalul Călărași, se transferă definitiv ca medic primar de boale interne la Spitalul din Ismail.

D-l dr. Dejenaru Ion actual medic primar la Spitalul «Hanul Țărănesc» din Ploești, se transferă definitiv ca medic primar de boale venerice la Spitalul central din Chișinău.

D-l dr. Constantinescu N. N., actual medic primar urolog la Spitalul «Dr. I. Cantacuzino» d.n București, se transferă definitiv ca medic primar urolog la Spitalul «Regina Maria din Chișinău.

D-l dr. Cherculescu Toma, actual medic primar la maternitatea dela Spitalul Piatra Neamț, se transferă definitiv ca medic primar de maternitate la Spitalul județean Chișinău.

D-l dr. Munteanu Gh., actual medic primar de boli contagioase dela Spitalul Giurgiu, se transferă definitiv ca medic primar director al Spitalului de boale contagioase din Chișinău.

D-l dr. Isanos Mihail, actual medic primar la Spitalul central de boale mintale și nervoase București, se transferă definitiv ca medic primar la Spitalul de boale mintale și nervoase Cotiugeni, jud. Lăpușna.

D-l dr. Seteanu Grigore, actual medic primar de boale interne la Spitalul Călărași, se transferă definitiv ca medic primar de boale interne la Spitalul Orhei.

D-l dr. Constandache I., actual medic primar de boale interne la Spitalul «Elisabeta-Doamna» din Galați, se transferă definitiv ca medic primar de boale interne la Spitalul Soroca.

D-l dr. Lissievici Visarion, actual medic al Spitalului și circ. Dedulești, jud. Argeș, se transferă definitiv ca medic al Spitalului Căușani, jud. Tighina.

D-l dr. Comerzan Dumitru, actual medic al Spitalului Costești, jud. Argeș se transferă definitiv ca medic al Spitalului Căușani, jud. Tighina.

Se face următoarea mișcare în personalul medical din serviciile pendinte de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

D. dr. Leonida Șerban, medic de circ. urbană, la dispoziția Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, se transferă definitiv în interes de serviciu, ca medic de circ. urbană la Munipiul Constanța, în loc vacant.

D-na dr. Dorina Popescu Constantinescu, medic școlar la dispoziția ministerului, se transferă definitv, în interes de serviciu, va medic al circ. Crevedia, jud. Ilfov, în loc vacait.

D. dr. Enea Bențea, medic de circ. urbană la Municipiul Arad, se transferă definitiv, n interesul serviciului, ca medic al circ. Giulvăz, jud. Timiș.

D. dr. Punga Ion, medic secundar cu concurs specialitatea chirurgie, se numește la Institutul obstetric din Arad, până la terminarea stagiului.

D. dr. Manu Iulian, medic secundar prin concurs, la Spitalul de contagioși din Buzău, se transferă în aceeași calitate la Spitalul Câmpulung, jud. Muscel, Serviciul de boli interne.

D. dr. Stoica Victor, medic de circ., la dispoziția ministerului, repartizat la orașul Dumbrăveni, jud. Târnava-Mică, se transferă definitiv ca medic al orașului Dumbrăveni, în loc vacant.

Numiri în Eforia sanitară a municipiului București

Se fac următoarele numiri în Eforia sanitară și de ocrotire a Municipiului București, conform art. 145 din decretul-lege pentru organizarea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale din Noembrie 1939:

D-l *dr. Vasilescu Alexandru*, medic primar, director la Spitalul Central de boli mintale și nervoase din București, ca membru, desemnat de minister.

D-l *dr. Romașcanu Ariton*, medic șef de sector al Municipiului București, ca membru.

D-l conferențiar *dr. Țețu Ioan*, medic din Asigurările Sociale, ca membru desemnat de Ministerul Muncii.

Curs de specializare în radiologie

Facultatea de medicină din București a organizat un curs de specializare în radiologie, sub direcțiunea d-lui profesor N. Hortolomei și conducerea technică a d-lui conferențiar E. Lazeanu.

Cursul va avea loc la spitalul Colței și va dura un an. El constă în stagiu de spital în laboratoriile de radiologie din clinicile facultății și în lecțiuni la amfiteatru, făcute cu colaborarea d-lor: conferențiar N. Bărbulescu, conferențiar Jovin I., docent Amilcar Georgescu, dr. Stoenescu P., dr. Gatoschi, dr. Vulcănescu Marius, dr. Schmitzer G., dr. Th. Ștefănescu, dr. Iordănescu.

Cursul va începe în ziua de 15 Ianuarie 1942.

Inscrieri și informațiuni la secretariatul Facultății de medicină.

BROSEDAN

Sedativ lichid cu brom și drojdie de bere

Indicații:

Stări de iritabilitate și insomnie, turburări cardiace de origină nervoasă, vărsături incoercibile ale sarcinei și postoperatorii de origină nervoasă, anguasă, prurit nervoasă

Brosedan se administrează numai diluat. Poate fi adăugat la supe și mâncări, înlocuind sarea de bucătărie.

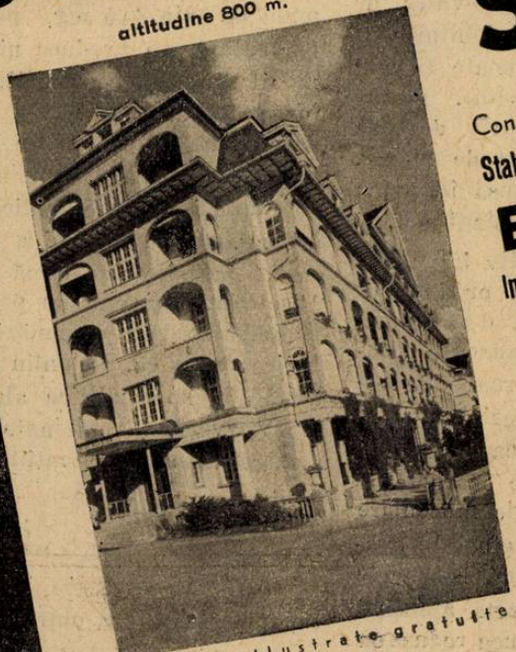
Brosedan dă mâncărilor gustul de „bouillon"

Temmler Werke — Berlin

Fr. Alex. Radu București III Str. Sofia 30

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite

Condițiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

într'o poziție privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentu lui:
în camere pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschlaud)

Stilbenurile în tratamentul afecţiunilor ginecologice

H. Wimhöfer
Clinica ginecologică Heidelberg. (Ther. Ggwt. 1941, No. 4 p. 159).

Clinicianul nu are să se teamă de leziuni hepatice prin dietildioxistilben. Dacă dozarea este bine făcută, în orice caz la femee nu se produc fenomene accesorii. Substanţele esterizate ale noilor preparate oestrogene (dietildioxistilben), de ex. dipropionatul Cyren B, sunt mai bine tolerate. W. a întrebuinţat Cyrenul B de mai bine de 2 ani la aproape 250 de femei, fără să fi observat vreun fenomen accesoriu subiectiv sau obiectiv. Atât Cyrenul B cât şi foliculina au aceleaş efecte clinice, deci proliferarea mucoasei uterine, inhibiţia lactaţiunei, amânarea menstruaţiei, înlăturarea endometritei, a turburărilor climacterice, pruritului vulvar, etc.

In amenoreea secundară W. face 4-6 injecţii cu câte 2,5 mgr. de Cyren B (la fiecare 3-4 zile). Proliferarea astfel obţinută a mucoasei este apoi transformată prin 25-30 mgr. de Progesteron în fază secretorie. Doza indicată poate fi repetată (la ciclul următor). Dacă amenoreea persistă de mai mult de un an, dozarea nu trebue făcută sub cantităţile de mai sus, în timp ce în amenoreele de 2-3 luni şi doze mai mici (deseori numai 4-6 mgr. de Cyren B) sunt suficiente pentru producerea menstruaţiei. Şi în turburările de ritm rezultatele ar trebui căutate cu doze pe cât mai mici posibile: 1-2 mgr. de Cyren B repartizate pe 3-4 injecţii şi numai dacă acestea nu dau rezultate, până la 6 mgr. Dacă administrarea nu se face i. m., ci pe cale bucală, trebue să ţinem seamă că prin administrarea perorală nu se utilizează decât 60—70% din cantitatea de Cyren B şi 14—20% din aceea de foliculină. Ar fi deci necesare cam 20—25 mgr. de Cyren B pentru a influenţa amenoreea. Chiar doze până la 30 mgr. (în 20 de zile) sunt tolerate fără turburări. Ca succes deosebit de frapant W. a văzut survenind o sarcină care a dus la naşterea unui copil sănătos după 8 săptămâni de tratament cu Cyren B, la o femee cu sterilitate datând de 5 ani. La o altă femee, administrarea stilbenului a dus la o ameliorare a implantaţiei oului.

Pentru a produce o inhibiţie a lactaţiunei, sunt necesare cantităţi de 2,5-10 mgr. de Cyren B, în general W. a obţinut-o cu 2, maximum 3 injecţiuni a câte 2,5 mgr. Cyren B = 5 — 7,5 mgr. i. m. sau 12—15 mgr.peroral. Pomada cu Cyren poate preveni producerea rhagadelor mamelonare; pomada favorizează epitelizarea (ca şi în eroziuni).

Efectul de amânare a menstruaţiei (prin intermediul hipofizei) poate fi realizat cu stilben tot aşa ca şi cu foliculină, la fel influenţara în bine a endometritei. In endometritele puerperale sau în hemoragiile inflamatorii injectarea a 1-2 mgr. ca doză totală este suficientă, reparizată pe 2-4 zile; pe cale bucală sunt necesare pentru acelaş timp 2—3 mgr.

In turburările climacterice W. recomandă cure de stilben timp de 10—14 zile, cu o pauză de 2 săptămâni, dând zilnic 0,1—0,2 mgr. = 1,5—3 mgr. în 14 zile. Dacă nu apare nici un rezultat, se va recurge la o doză mai mare, dar mai mult de 10—14 mgr. în 14 zile nu ar trebui dat. Dozaje asemănătoare sunt în general indicate şi în prurit, numai rareori ar putea fi necesară o creştere până la 20—25 mgr.

Observaţiile proprii ale lui W. se referă la peste 250 de femei.

Dolantin un medicament nou cu acţiune spasmolitică şi analgetică pronunţată

(Chimie şi Farmacologie)

Colicile precum şi stările dureroase

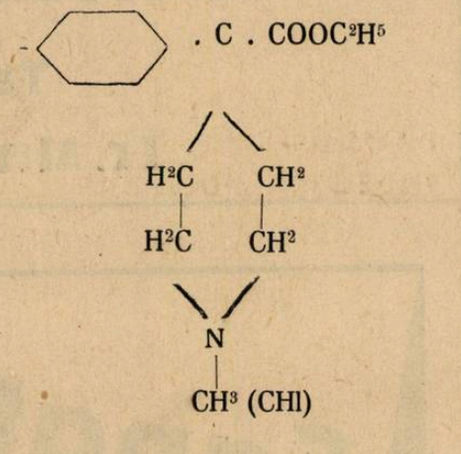
(Farmacologie)

B. Eisleb şi C. Schaumann

Labor. de cercetări ştiinţifice I. G. Hoechst, Dtsch. med. Wschr. 1939, No. 24, pag. 967

In experienţele farmacologice, Dolantin prezintă o acţiune pronunţată analgetică şi spasmolitică. Asupra intestinului izolat, Dolantin acţionează chiar şi într'o diluţie de 1:5.000.000 nivelând contracţiunile provnite de acetyl-cholină. Acţiunea inhibitorie asupra pneumogosticului, poate fi controlată la intestin «in situ». Hipersalivaţia produsă la iepurii de casă uretanizaţi după aplicarea de 10 mg. Pilocarpină, poate fi redusă în urma unei aplicări de 20 mg. Dolantin, fără a putea însă opri definitiv hipersalivaţia. Chiar şi midriaza produsă de Dolantin este mai slabă decât după aplicarea atropinei. Deasemenea Dolantin nu acţionează aproape de loc asupra pulsului şi a tensiunei sanguine. In schimb, acţiunea smasmolitică a Dolantin-ului este caracteristică, chiar şi la spasmele musculare (provocate cu Ba Cl^2); efectul egalează pe cel al Papaverinei. Spasmele bronchiale produse în urma aplicării histaminei, pot fi deasemenea reduse cu ajutorul Dolantin-ului. Doze profilactice de Dolantin împiedică accesele de astmhistaminic, la cobai. Acţiunea inhibitorie asupra diurezei în urma aplicării de Suprarenină, poate fi anulată cu ajutorul Dolantin-ului. La şoarecii albi, injecţia subcutanată de 1/5 din doza letală, produce o anestezie perfectă, fără ca să apară fenomene narcotice centrale.

Animalele prezintă un fenomen caracteristic pentru morfină; coada, îndoită în formă de «S» adusă deasupra spatelui. Această acţiune centrală poate fi evidenţiată şi la pisici. Reflexul tusei poate fi oprit la pisică, la fel ca şi în urma aplicării codeinei. La şoarec 150 mgr. pentru un kg. aplicate subcutan, precum şi 60 mg. pentru un kg. administrate intravenos, acţionează letal, în timp ce la iepurii de casă doza letală la aplicarea intravenoasă este de 30 mg. pentru un kg. iar la aplicarea pe cale bucală de 700 mg. pentru un kgr.



Aplicarea timp de câteva săptămâni de câte 3—5 mg. pentru un kg. (subcutan), nu produce nici un fel de modificări asupra pisicilor şi iepurilor de casă. Aplicările continuative de câte 1 mg. pentru un kg. administrate în decurs de un minut, sunt descompuse, în timp ce aplicările de câte 1,5 mg. pentru un kg. şi minut, acţionează la fel chiar după câteva ore. Electrocardiograma nu prezintă nici o schimbare. Din examnările farmacologice reiese că, Dolantin posedă proprietăţile spasmolitice ale Atropinei şi Papaverinei, combinate cu acţiunea analgetică a combinaţiilor de morfină.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus, adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53, Bucureşti I. Tel. 3.92.86

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc. Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Eşantioane şi literatură la cerere

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69.03

Un singur mijloc pentru combaterea gripei și a răcelii!

Aciphosan

2 — 8 tablete pe zi.

VITAMINA A+D

XEROSTERIN

SOLUȚIE ȘI TABLETE

Soluție (1 cc. = 30.000 U. vitamină A. și 10.000 U. vitamină D).

Tablete (1 tabletă = 3.000 U. vitamină A și 1.000 U. vitamină D).

SYNTHOESTRIN

Fiole și tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4.4' Dipropionil - oxi - alfa beta - Dietil-Stilben.

Acțiune identică cu a hormonului folicular.

Una fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 unități internaționale hormon folicular cristalizat.

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

Anul XX No. 3 — 15 Lei Exemplarul — 1 Februarie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Înscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/63

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNEA SIBIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. I. IACOBOVICI, Dr. C. IONESCU şi MIRCEA BALAN: *Sifilisul într'un serviciu de chirurgie.* 29

SEXTIL RUSSE şi FLORIAN CORIOLAN: *Chistele aeriene ale pulmonului.* 39

Medic Maior EUGENIU PORUMBARU: *Probleme chirurgicale la un spital de campanie de prima linie şi câteva observaţiuni* 32

Pagina

Dr. VICTOR PREDA: *Consideraţiuni asupra creşterei corpului omenesc* 36

Dr. VASILE ŢUCHEL: *Activitatea şi rezultatele practice a unei echipe de chirurgie modernă* 35

Conf. Dr. N. BARBILIAN şi Dr. E. LUPU: *Date statistice din Serviciul II Chirurgie dela Spitalul Militar 284 din Iaşi* 37

ARTICOLE PROFESIONALE

Dr. TRAIAN KOMOROVSCHI: *Medicii prenatali şi funcţia lor socială* 40

Pagina

CRONICI

Dr. I. COSMULESCU: *Câteva măsuri, luate în Germania, pentru sporirea natalităţii* 42

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Şedinţa comisiunei centrale pentru prevenirea şi combaterea bolilor sociale; Serviciul medical şi farmaceutic în Transnistria 44

Somniferul cu proprietăţi sedative

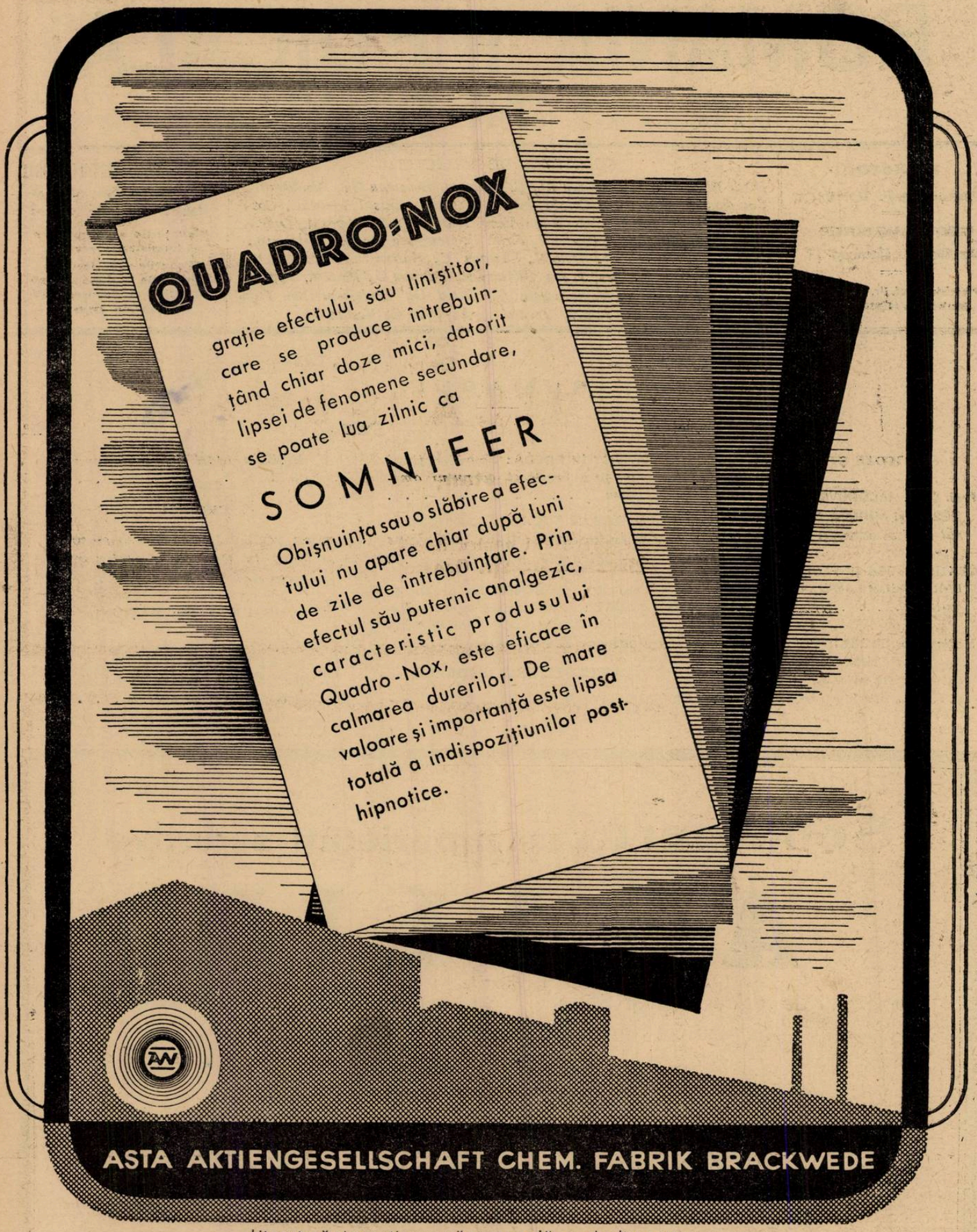
ADALIN

Insomnii de orice natură. Sedativ în turburările histerice şi neurastenice, în nevroze anxioase, turburări cardiace nervoase.

AMBALAJE ORIGINALE:
Tuburi cu 6, 10 şi 20 tablete de 0,5 g.

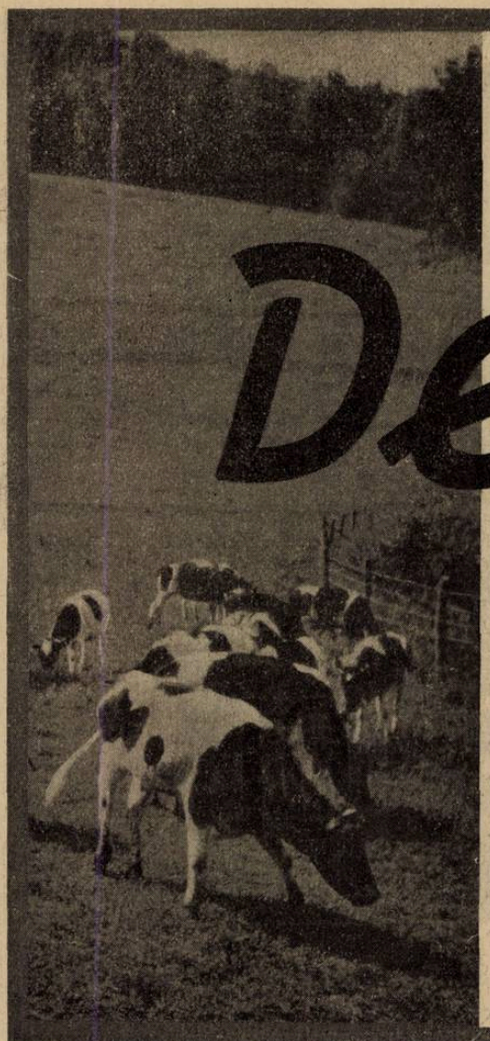
»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentaţa generală pentru România
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86



Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, Bucureşti



PENTRU STIMULAREA

SECREȚIEI BILIARE: Comprimate

DIUREZEI: Fiole

Fiole

Decholin

conține principiul choleretic și cholagog al ficatului.

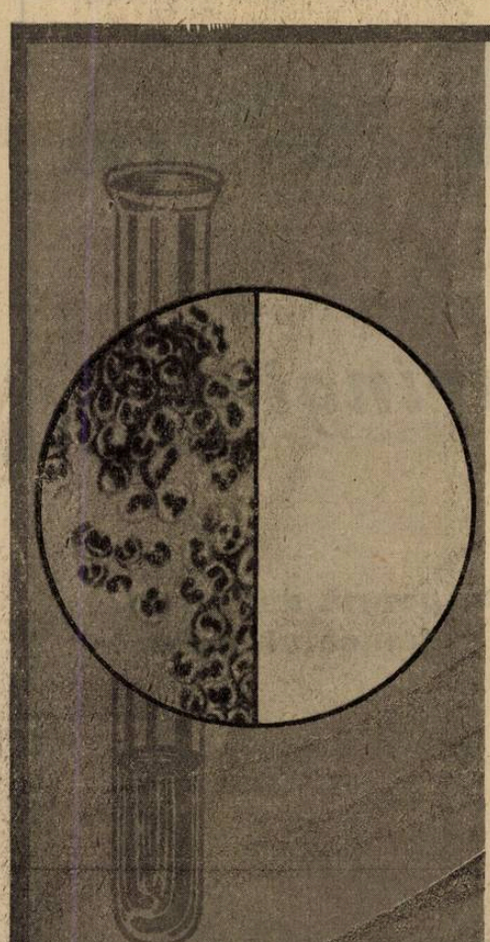
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



ANTISEPTIC, URINAR ȘI GENERAL

NEOHEXAL

în toate procesele infecțioase ale căilor urinare, precum și în gripe și răceli

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Repr. generală pentru România: «S. I. F.» s. a. r. Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel. 5·51.51

Pastile REVASA

(Fiecare pastilă conţine 3 mg.
Bis-2-metil-4 aminochinoil-6-carbamid hidrochlorid)

Desinfectant buco-faringian necolorant

ca profilactic împotriva tuturor infecţiunilor a căror poartă de intrare în organism sunt gura şi cavitatea faringiană. Pentru tratamentul anginelor.

Ambalaje cu 20 de pastile.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86

Anul XX No. 3 15 Lei Exemplarul 1 Februarie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

SIFILISUL

Intr'un serviciu de chirurgie

de Prof. Dr. I. IACOBOVICI, Dr. C. IONESCU şi MIRCEA BALAN

Sifilisul este o boală răspândită în toate părţile şi la noi. Afecţiunile cu caracter chirurgical produse de sifilis le întâlnim destul de des. Menţionăm printre acestea osteomielitele cronice, cari dacă nu sunt tuberculoase, atunci în optzeci la sută din cazuri sunt sifilitice. Atragem atenţiunea că multe osteomielite cronice se datoresc sifilisului. Asemenea cazuri am observat de mult în practica privată şi le-am întâlnit des în secţia de ortopedie a clinicei.

Am publicat împreună cu d. Agregat **Marian** o serie de cazuri de osteoartrite coxo-femurale de natură sifilitică; cazuri, cari fuseseră anterior considerate şi tratate ca fiind de natură tuberculoasă.

După războiul în curs vor rămâne foarte multe cazuri de osteomielite, în afară de alte cauze obicinuite, cari întreţin focarele de osteomielite, desigur, că sifilisul va avea un rol în multe cazuri.

In cursul anului 1933 am publicat în România Medicală la pagina 227 un articol cu acelaş titlu redactat împreună cu Prof. Al. Pop dela Sibiu. Studiul nostru s'a bazat pe cercetarea reacţiunei Wassermann, la o mie de bolnavi de chirurgie.

Am constatat atunci că reacţiunea Bordet-Wassermann a fost pozitivă în 6.80% din cazuri. Din acestea am găsit 7.50% la bărbaţi şi 5.55% la femei.

După naţionalitate, românii aveau reacţiunea B. Wassermann pozitivă în 7.26%; maghiarii 6,23%; germanii 5,55% şi evreii 5,13%.

După starea civilă am găsit următoarele cifre:

— bărbaţi căsătoriţi	8,28%;
— bărbaţi necăsătoriţi	4,60%
— femei căsătorite	8,11%;
— femei necăsătorite	3,90%;

După vârstă se constată că procentul creşte la fiecare decadă şi ajunge la maximum în 40—50 ani, unde am găsit 15—30% la bărbaţi şi 12,50% la femei.

Ajutat de un extern foarte bun — d. **Bălan** — am făcut aceleaşi cercetări şi la Bucureşti şi am găsit următoarele cifre.

La un număr de 1418 bolnavi eşiţi din clinică de la 1 Ianuarie 1940 până la 1 Iunie 1941, s'au găsit 282 de reacţiuni pozitive deci 19.88%.

După sex au fost pozitive la bărbaţi 20.37; la femei 19.48%.

După naţionalitate: români 19.98%; evrei 15.79%; germani 23.07%; alte naţionalităţi 22.72%.

După starea civilă: bărbaţi necăsătoriţi 18.25%; femei căsătorite 20.43%; femei necăsătorite 17.11%.

După vârstă maximum este între 41—50 ani când avem 27.59% la bărbaţi şi 22.58% la femei.

In cursul războiului actual d. dr. C. Ionescu a făcut reacţia la 679 de ostaşi şi găseşte reacţia pozitivă la 109 deci la 16.05%.

Comparând cifrele dela 1933, obţinute prin ancheta făcută la Cluj, unde reacţia era pozitivă în proporţie de 6.88% am putea conchide că s'a produs o creştere de trei ori mai mare.

Cifrele brute ar putea să ducă fatal la aceste concluzii. Realităţile sunt altele. Am lucrat în 1933 într'o localitate unde erau anumite condiţiuni. Lucrăm acum în altă localitate.

Am putea cel mult constata, că sifilisul este mai frecvent în Capitală. Constatarea aceasta s'a făcut şi în alte ţări, unde s'a găsit sifilisul mai răspândit cu deosebire în Capitalele respective. Ceiace este interesant, este faptul că cifrele corespund în ce priveşte procentajul la sex, vârstă şi naţionalitate.

Publicăm aceste cifre cu intenţia de a atrage atenţiunea asupra unei situaţii destul de gravă şi până acum, dar care se va agrava cu deosebire de acum înainte. Consecinţele acestei situaţii se cunosc prea bine pentru a le menţiona. Ceiace s'a făcut până acum pe acest domeniu este prea puţin. Intre mijloacele cari s'ar putea utiliza cu folos ar fi intensificarea tratamentului la toţi sifiliticii cari trec prin spitale.

Ministerul Sănătăţii a pus la dispoziţia spitalelor cantităţi însemnate de medicamente specifice, cari au permis tratarea sistematică a bolnavilor sifilitici. Mobilizarea permite controlul şi tratamentul a celei mai mari părţi din populaţia barbatească a ţarei. Trebue să facem tot posibilul, şi la unităţi, şi la spitale pentru a depista şi trata toţi sifiliticii. Prin aceasta facem o intensă acţiune curativă şi una şi mai intensă profilactică.

Dintre cazurile clinice de sifilis întâlnite în practica mea chirurgicală menţionez câteva. Prin anul 1904 pe când eram intern la spitalul Brâncovenesc, am fost trimis de şeful meu de atunci, doctorul **Leonte**, să pansez pe o domnişoara, fiica unui medic, bolnavă de osteomielită de câţiva ani. Fatal acestei bolnave murise de paralizie generală. Am bănuit că osteomielita ar putea fi de natură sifilitică. I-am făcut un tratament de încercare şi bolnava s'a vindecat.

In aceiaşi epocă am văzut pe un ofiţer cu o dactilită sifilitică la degetele de la picioare. I se amputase câteva degete şi urma să i se amputeze restul. Citisem studiul profesorului **Finger** de la Viena asupra dactilitei sifilitice şi am bănuit şi în acest caz sifilisul. Menţionăm, că în acea epocă reacţiunea Bordet-Wassermann nu era cunoscută.

Fac bolnavului un tratament de încercare cu biodur de mercur şi-i dau iod la interior. Dactilita se vindecă. La doi ani după aceasta bolnavul face brusc un pneumotorax. Bănuesc că şi acest pneumotorax ar putea fi sifilitic. Se face un consult şi profesorul **Buicliu** admite diagnosticul meu şi-i face bolnavului tratamentul cu mercur şi iod şi se vindecă. Acest bolnav, care era foarte neglijent termină cu un tabes.

Un caz de sifilis gastric este diagnosticat şi tratat la profesorul **Haţieganu** de la Cluj. Sifilisul avea forma tumorală. După un tratament intens tumoarea se retrage în parte şi fenomenele de stenoză continuă. Fac o rezecţie gastrică şi bolnava se vindecă.

Un alt caz de sifilis, formă tumorală îl găseşte tot **Haţieganu** la un bărbat. Se face tratament antisifilitic energic. Tumoarea se retrage în parte dar fenomenele de stenoză ilio-cecală continuă.

Fac o rezecţie ilio-cecală şi bolnavul se vindecă.

Am crezut necesar să semnalez aceste câteva cazuri.

CHISTELE AERIENE ALE PULMONULUI*)

SEXTIL RUSU şi FLORIAN CORIOLAN

Am socotit potrivit să prezentăm pe scurt problema chistelor aeriene ale pulmonului, în legătură cu un caz personal observat în serviciul de femei al sanatoriului Moroeni, întrucât găsim că valoarea practică a cunoaşterii lor este mult mai mare decât s'ar părea la prima vedere.

Chistele aeriene sunt mai frecvente decât se crede şi deseori pot fi confundate cu cavernele tuberculoase multiple sau — când sunt chiste gigante — cu un pneumotorax spontan. In acest fel pot naşte greşeli fundamentale de terapeutică. Ni se pare curios că multe tratate de specialitate nu amintesc de loc sau insistă prea puţin asupra acestui subiect.

Dorind a fi cât mai practici printr'o expunere simplă şi clară, vom evita a cita numele tuturor autorilor carî au studiat această problemă. Vom insista totuşi pe scurt — înainte de prezentarea cazului nostru — asupra etiologiei şi patogeniei, aspectelor clinice, aspectelor radiologice, diagnosticului diferenţial şi terapeuticei chistelor aeriene ale pulmonului, servindu-ne de planul director şi, în parte, de datele oferite de **Pierre Pruvost**.

I. Etiologie şi Patogenie

Asupra etiologiei şi patogeniei chistelor aeriene planează încă multe necunoscute; nu s'a spus ultimul cuvânt la acest capitol. Sunt probabil aceleaşi cauze cari dau naştere rinichiului polichistic sau degenerescenţei chistice a corpului tiroid; adecă, în esenţă, un viciu de desvoltare din timpul vieţii embrionare. Faptul că uneori chistele aeriene au caracterele nete ale leziunilor congenitale: localizare lobară sau pseudolobară, gruparea lor dealungul unei bronşii-suşă, absenţa sclerozei şi inflamaţiei perichistice, latenţă prelungită, precum şi coexistenţa altor malformaţiuni congenitale la acelaş bolnav, vine în sprijinul acesteî teorii. Cauzele care determină în viaţa embrionară la nivelul pulmonului o segmentaţie celulară aberantă sau o oprire a desvoltării celulare, nu se cunosc. Un lucru pare a fi cert: acela că elementele ce intervin ca să modifice desvoltarea normală celulară apar înainte de luna VI-a a vieţii foetale, adecă înaintea formării bronhoalveolare a pulmonului.

S'a insistat de unii autori asupra infecţiei sifilitice sau tuberculoase ca responsabile de această malformaţiune, dar cazurile cunoscute de chiste aeriene pulmonare n'au confirmat-o.

Noţiunea de malformaţiune congenitală apropie chistele aeriene de teoria congenitală a bronşectaziilor. Astfel autori ca *Rokitanski*, *Schiffert*, *Paumelle*, în urma secţiunilor istologice ajung la concluzii cari arată chistele aeriene drept dilataţii bronşice congenitale, deşi Benda — în urma aceloraşi studii istologice — susţine că este imposibil a se preciza origina bronşică sau alveolară a chistelor aeriene.

Grawitz, *Bard*, *Sauerbruch*,, văd chistele aeriene congenitale la originea bronşectaziilor câştigate şi ca o primă etapă spre bronşectazie.

Debré conchide că bronşectazia comună, maladia chistică, şi chistele aeriene, ar constitui o aceeaş maladie prezentată sub etape diferite. .

Ca încheiere la acest capitol cităm pe autorii americani *James Dubrow* şi *W. R. Wbnne*: «chestiunea etiologiei chistelor aeriene ale pulmonului va putea fi lămurită doar când cât mai multe detalii isto-patologice vor fi puse la punct».

II. Aspecte clinice

Chistele aeriene pulmonare îmbracă o serie întreagă de prezentări; dela simpla descoperire accidentală radiologică, până la aceea a unui pneumotorax spontan. Le schematizăm sub următoarele forme:

1. **Forme fără istoric clinic.** Sunt forme incompatibile cu viaţa. Sunt noii născuţi, morţi imediat sau la câteva ore după naştere şi a căror autopsie ne arată chiste gigante sau pulmoni polichistici.

2. **Forme latente.** Constitue adevărate surprize radiologice ocazionate de un examen accidental, deoarece nu produc nici o suferinţă la nivelul aparatului respirator. In aceste cazuri se întâlnesc chiste puţin numeroase, puţin voluminoase şi neinfectate.

3. **Forme cu simptomatologie redusă.** La clasificarea lui *Pruvost*, adăogăm noi această formă reprezentată radiologic prin chiste de volum variabil: mici, mijlocii sau mari, nu prea numeroase, cu sau fără conţinut lichidian, infectate însă nesupurate şi cu mici reacţiuni de vecinătate. **Clinic:** Stare generală relativ bună. Apetitul conservat. Menţin sau chiar cresc în greutate. Subfebrilităţi neregulate. Uşoară astenie. Dispnee la eforturi mici. Algii (predominenţă toracică) inconstante. Sensibilitate deosebită pentru tranziţiile de temperatură (bronşite). Stările gripale au tendinţă manifestă la cantonare asupra aparatului respirator şi sunt urmate de subfebrilităţi tuse trenantă cu expectoraţie muco-purulentă puţin abundentă. Stetacustic se percep sgomote supraadăogate cu caracter umed şi rezonanţă cavitară.

Aceste simptome pun adesea în discuţie tuberculoza pulmonară, căci mulţi dintre bolnavii cu aceste simptome pot fi taxaţi drept tuberculoşi ,dacă nu se ţine seama de rezultatul negativ al sputei care rămâne punctul esenţial de diagnostic. Sputa mereu negativă, caracterul cronic, evoluţia torpidă, simptomele şi leziunile fără tendinţă la regresiune sau ameliorare şi fără schimbări în morfologia cavităţilor aeriene, vor constitui un ansamblu foarte favorabil ideii de chist aerian.

4. **Forme cu simptomatologie complexă.**

a) forma dispneică. Este frecventă mai ales la copii. Se prezintă sub diverse aspecte: dela forma moderată cu simplă greutate în respiraţie, până la forma paroxistică a dispneii din pneumotoraxul sufocant. Acestea din urmă (formele paroxistice) sunt însoţite de cianoză pronunţată şi duc la moarte prin asfixie. Sunt cauzate de chistele voluminoase cari pot fi confundate cu cavernele tuberculoase gigante sau cu pneumotoraxul spontan.

b) forma hemoptoică. Hemoptizia este mai mult o complicaţie. Cu toate acestea, în cazurile în care prezintă o tendinţă la repetiţie, imprimă chistelor un caracter special, fără a constitui însă un simptom predominant sau unic.

c) **forme supurate sau abcedate.** In această categorie se găsesc chistele aeriene ce devin adevărate pungi supurate, fie că infecţia provine din o exaltare a virulenţei microbilor veniţi pe cale aerogenă, fie pe cale sanghină (cazul lui Pruvost, când o osteită a provocat o stafilocemie şi apoi o localizare în chistele aeriene). In formele supurate infecţia a fost mai masivă şi mai prelungită decât în formele cu simptomatologie redusă. Bolnavii din această categorie se pot prezenta la început cu o stare generală bună, care cu timpul nu va întârzia să se altereze. Pusseuri febrile, până la vomică. Sunt însoţite de reacţiuni mai mult sau mai puţin importante de vecinătate. Pot lua aspectul cavernelor tuberculoase, abceselor pulmonare sau al pleureziilor purulente închistate. Vomica sau pseudo-vomica duc la ameliorare clinică, la dispariţia infiltratului perichistic şi diagnosticul radiologic devine posibil.

5. **Forme asociate.** Sunt reprezentate de coexistenţa dilataţiunilor chistice cu a dilataţiunilor bronşice (sacciforme şi ampulare) în acelaş pulmon. Primele se caracterizează prin imagini inelare, regulate, vizibile fără lipiodol. Celelalte devin vizibile numai prin lipiodol.

6. **Forme după vârstă.** a) La copii predomină formele dispneice şi ciano-

*) Sanatoriul Moroeni Director: *C. Bibicescu*.

CARDIAZOL

KNOLL

ca **analeptic**

medicament al circulației și stimulent respirator.

1-2 cmc. subcutanat, intramuscular sau intravenos, la nevoie la fiecare ½ sau 1 oră.

ca **reanimator**

în narcoze și intoxicațiile grave.

2-3 cmc. intravenos și 3-5 cmc. intramuscular.

pentru **spasmoterapia**

din schizofrenie.

5 cmc. intravenos (1 cmc. pe secundă).

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN.

KNOLL S.A.R., Str. Atena 29, BUCUREȘTI 3.

Hybridin „Henning"

Camfor, Gaiacol, Phenilchinolincarb. Ol. Eucalipt.

Gripă, Preumonie, Bronchopneumonie şi toate afecţiunile inflamatorii ale plămânilor şi bronchiilor.

Fluidifică secreţiile. — Uşurează expectoraţia

Fiole 1 cc. şi 2 cc. intramuscular

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

Myoston

Pe bază de adenosină phosphorică MAP.

Myotonic pentru destindere vasculară mai ales a circulaţiei coronare. Profilaxie şi tratament de întreţinere al anginei pectorale. Pentru mărirea capacităţii de travaliu a cordului la bătrâni. Abuz de nicotină şi cofeină.

In angina pectorală: 20 injecţii intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac şi gangrenă: zilnic 2—3 inj. 2 cc. Tratament de întreţinere: 3—4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. şi 2 cc Flac. 20 cc.

Codex S. A. R. Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti

tice incompatibile cu viața. b) La adulți, predomină formele latente, infectate, hemoptoice și supurate. Formele dispneice și cianotice sunt mult mai rare.

III. **Aspectul radiologic și tomografic.**

Aspectul radiologic și tomografic constitue principalul element de diagnostic și este determinat de numărul și volumul chistelor aeriene.

1. **Chistele minuscule.** Nu apar pe clișeul radiografic. Nu se manifestă nici clinic. Se exteriorizează însă prin complicațiile pe care le dau: pneumotoraxul spontan (fără cauză aparentă), care are un caracter benign și recidivează des. Sunt veritabile bule subpleurale.

2. **Chiste de volum mijlociu.** Vom insista asupra descrierii radiologice a chistelor de volum mijlociu, fiindcă sunt cele mai frecvente și cuprind în mod special cazul prezentat de noi. Apar în genere sub formă de cavități aeriene cu contur net circular sau ușor ovalar, format dintr'un inel subțire a cărui regularitate, finețe și uneori dublu contur, poate fi socotit ca aproape specific. Când sunt numeroase și grupate, ocupând o parte sau totalitatea unui hemitorace, constitue o veritabilă maladie chistică a pulmonului.

Tomografia în aceste cazuri ne prezintă o imagine caracteristică, care nu poate fi uitată: «imagine în bule de săpun».

3. **Chistele gigante.** Se prezintă subt aspectul unui pneumotorace hiperinsuflat sau spontan, în care pulmonul colabat la coloana vertebrală lasă hemitoracelui o claritate perfectă, omogenă, fără desen de structură pulmonară. *Anspach* și *Wollmnann* dau ca semn radiologic distinctiv faptul că la vârf, cât și în unghiul costodiafragmatic, găsim țesut pulmonar refulat de chistul voluminos, care a ocupat întreaga cavitate a unui hemitorace. *Pruvost* nu recunoaște acest semn: ajunge la concluzia, că este foarte greu sau aproape imposibil a face un diagnostic diferențial între imaginea unui chist aerian gigant și aceea a unui pneumotorax parțial sau total.

IV. Diagnostic.

Nu vom insista prea mult asupra diagnosticului, întrucât el a fost făcut aproape la fiecare capitol al formelor clinice. Aici nu vom reveni decât cu noțiuni de ordin general.

Diagnosticul chistelor aeriene se va pune mai ales cu toate maladiile cari produc o cavitate sau cavități patologice intratoracice; dintre cari enumerăm în primă linie:

1. **Cavernele tuberculoase.** Tuberculoza pulmonară uni- sau poli-cavitară, se diferențiază prin imaginea radiologică, istoricul clinic și mai cu seamă prin prezența bacililor în spută.

2. **Pneumotoraxul parțial sau generalizat spontan.** Se deosebesc de chistele aeriene pulmonare voluminoase sau gigante, prin existența în istoricul lor clinic a unui moment dramatic care a marcat apariția pneumotoracelui spontan.

3. **Chistele hidatice vidate.** Vomica caracteristică, accidentele anafilactice, tabloul sanghin și probele biologice specifice pozitive, vor stabili diagnosticul de chist hidatic.

4. **Dilatațiunile bronșice.** Pentru o dilatație bronșică pledează expectorația abundentă matinală, cu aspect stratificat, caracteristic, precum și prezentarea radiologică: bronșectaziile care pe radiografia antero- posterioară apar rotunde, pe radiografia de profil devin imagini alungite — tubulare, pe când chistele aeriene își păstrează forma circulară din orice incidență.

5. **Abcesele pulmonare.** Diagnosticul diferențial, în aceste cazuri, este foarte greu. Inainte de vomică numai intervenția chirurgicală permite stabilirea diagnosticului, prin studierea pereților cavității. In abcesele pulmonare pereții sunt anfractuoși, burjonați, pe când în chistele aeriene pereții sunt netezi și luciosi. După vomică, un criteriu de diagnostic îl constitue faptul, că abcesele pulmonare au tendință la scleroză retractilă, iar chistele aeriene rămân cavități deschise cu contur nemodificat ca volum.

V. Tratament

Nu se poate vorbi de un tratament propriu zis al chistelor aeriene. In ce privește chistele aeriene nesupurate, tratamentul va fi simptomatic. In chistele aeriene supurate, tratamentul este identic cu al abceselor pulmonare.

VI. Observație clinică

Pacienta I. F. 16 ani, coafeuză, intră în Sanatoriu în 10 Martie 1939. **Antecedente heredo-colaterale** fără importanță. **Antecedente personale fiziologice:** menstruată la 15 ani; ciclu normal. **Antecedente patologice:** gripe și bronșite repetate. Neagă orice maladii infecto-contagioase. **Istoric:** Primele manifestări ale boalei actuale apar înainte cu 6-7 luni, în urma unei stări gripale, cu subfebrilități (37°—37°5), algii dorsale, astenie, tuse continuă și expectorație muco-purulentă redusă. Este internată în sanatoriu cu diagnosticul de tuberculoză pulmonară fibrocazeoasă poli-excavată stângă.

Stare prezentă. Bolnava de constituție medie, cu sistemul osteo-muscular normal desvoltat. Țesutul celulo-adipos bine reprezentat. Tegmentele și mucoasele normal colorate. Afebrilă. Greutate 50.900 gr. Adenopatie cervicală mai accentuată în partea dreaptă. Reflexele osteo-tendinoase normale. Pupila stângă midriatică, și reacționează mai slab la lumină și distanță.

Aparat respirator: subiectiv: tuse și expectorație periodică, în cantitate mică. Dispnee după eforturi mici. Algii toracice de intensitate medie, cu predominență stângă. Nas în șea. Respirație nasală dificilă. Voce voalată. Torace simetric, cu expansiuni respiratorii de amplitudine redusă. Tonalitate ridicată — la percuție — asupra hemitoracelui stâng; Stetacustic, asupra aceluiaș hemitorace în cele două treimi inferioare, se percep supraadăogate cu caracter umed și frecături pleurale la acelaș nivel. Interscapulovertebral drept, subcrepitante medii.

Aspect radiografic (deplasarea de cord și aparenta retracțiune a hemitoracelui stâng, se datoresc planului ușor oblic anterior stâng, în care a fost prinsă radiografia, penru o mai bună diferențiere a chistelor cu topografie retro-cardiacă). Pe clișeul nostru radiografic frapează, dela prima vedere, multitudinea cavităților aeriene cu contur circular și poligonal (prin tasarea pereților), cari ocupă jumătatea inferioară a câmpului pulmonar stâng. In cornul inferior hilar drept apar deasemeni câteva cavități aeriene.

Examene de laborator:

Examenul sputei făcut sistematic din două în două săptămâni, în decursul celor patru luni de cură sanatorială, s'a menținut mereu negativ în ceeace privește bacilii Koch.

Reacția la tuberculină, pozitivă.

Reacția Wassermann, negativă.

Viteza de sedimenatre (Westergreen): 15, 36, 91.

VII. Concluzii

Debutul aparent al boalei, la pacienta noastră, sub masca unei stări gripale urmată de subfebrilități, astenie, tuse cu expectorație muco-purulentă, algii dorsale, cari se mențin luni de zile, îndreptățește suspectarea unei tuberculoze pulmonare. Totuși, buna stare generală, apetitul conservat cresterea în greutate, constitue o discordanță.

După internarea în sanatoriu, sputa negativă, și mai ales imaginea radioscopică și radiografică atât de neobișnuită («bule de săpun») în tuberculoza pulmonară, ne-a determinat să credem că ne aflăm în fața unui caz cu chiste aeriene ale pulmonului.

Faptul că, după patru luni de observație, sputa s'a menținut negativă (nouă omogenizări), simptomele și leziunile fără tendință la regresiune sau ameliorare și fără schimbări în morfologia cavităților aeriene, ne-a determinat să ne menținem primul diagnostic, adică diagnosticul de chiste aeriene multiple ale pulmonului.

Probleme chirurgicale la un spital de campanie de prima linie şi câteva observaţiuni

Medic Maior EUGENIU PORUMBARU
Medic Şef şi Chirurg al Secţiei I-a
din Spitalul de campanie No. 9
Medic Şef şi Chirurg al Spitalului Militar Buzău

In speranţă că, experienţa oricui, cât de mare, sau cât de mic, în erarhia meseriei sau funcţiei ce îndeplineşte, poate servi ca îndreptar în viitor, îmi voi permite, în cele ce urmează, să descriu realizările din punct de vedere chirurgical, ce am efectuat în cadrul Spitalului de campanie No. 9, în tot timpul actualei campanii, în permanenţă ca spital de primă linie.

Am pornit în această campanie, fericit, că poate voi putea fi de folos bravilor noştri răniţi, având educaţia chirurgicală începută la şcoala severă a Profesorului Butoianu, formată în Clinica Profesorului Lejars şi complectată, cu o activitate continuă de 12 ani în Spitalul militar Buzău, ce conduc.

Prin triajul Spitalului 9 de campanie, au trecut în timpul celor cinci luni de activitate, 1 Iunie—20 Octombrie, un număr de peste 13.000 răniţi. Tuturor acestor răniţi li s'au dat ajutoarele chirurgicale necesare, de către medicii spitalului, cu lăudabile eforturi, după care, erau evacuaţi, afară de cei ce necesitau intervenţii chirurgicale propriu zise. Aceştia, erau opriţi, dezparaziţaţi, spălaţi, îmbrăcaţi în efecte spitaliceşti şi îndreptaţi pe măsură ce soseau de la ambulanţe, ziua sau noaptea către cele două săli de operaţie ale spitalului.

De comun acord cu al doilea chirurg al spitalului Dr. Covali, şeful secţiei II-a, în mod frăţesc ne-am împărţit sarcinile în mod echitabil.

In plină şi extrem de intensă activitate, în cadrul Spitalului 9 de campanie, la Severinovska (Transnistria), la sfârşitul lui August, în timpul acţiunei contra Odesei, a Corpului ce deserveam, printre puţinele bucurii ce puteam avea din ţară, îmi parvine No. 15—16 din România Medicală, cu minunatele şi judicioasele îndreptare asupra tratamentului plăgilor de război, de Dl. Prof. Iacobovici şi tratamentul fracturilor de război de Dl. Prof. Hortolomei.

Mi-am făcut un proces de conştiinţă, pentru a cerceta dacă acţiunea mea chirurgicală de până atunci, era în concordanţă cu perceptele emise de cei mai competenţi şi de frunte exponenţi ai chirurgiei românesti, având dorinţa de a-mi canaliza, în sensul vederilor expuse, activitatea ulterioară.

In general, cred, că chirurgii mai în vârstă, cu oarecare şcoală şi experienţă, a chirurgiei de urgenţă, accidente de muncă şi din armată, din timp de pace, au activat în vederile expuse, astăzi unanim adoptate, ce se pot rezuma, pentru chirurgii din prima linie, afară de chirurgia reparatrice abdominală, în: debridarea largă, excizie masivă, drenaj larg, acţiune precoce şi intensă anti-gangrenoasă şi anti-tetanică, plus terapia antiinfecţioasă prin seruri şi sulfamide.

In permanentă urmărire ale celor trei ţeluri ale chirurgiei de război, atât de judicios citate de d. Prof. Iacobovici: 1. menţinerea efectivelor; 2. reducerea la minim al invalizilor; 3. mortalitatea redusă la cifra cea mai mică, activitatea chirurgicală la spitalul nostru, era împărţită între serviciul de triaj, unde din punct de vedere chirurgical se făceau tratamentele plăgilor superficiale şi de mică gravitate şi cele două săli de operaţii a celor două secţii, unde, erau operaţi răniţii ce prezentau leziuni grave şi necesitau asistenţă şi intervenţie.

In ultimul timp se înfiinţase o a treia sală de operaţie, pentru plăgile mai uşoare ale extremităţilor, sală la care au lucrat diversele echipe de ajutor ce au întărit spitalul, vremelnic.

In aceste săli improvizate, cu posibilităţi limitate şi în special cu puţinul timp ce aveam la îndemână, principalul ţel de care am fost în permanenţă condus, a fost cel de al treilea citat al d-lui Prof. Iacobovici — de a face toate eforturile omeneşti, de a reduce mortalitatea la cifra cea mai mică.

Singura răsplată a eforturilor depuse şi singura satisfacţie şi mândrie a chirurgului, este, a reuşi prin munca şi eforturile sale, de a smulge din ghiarele morţei, cât mai mulţi dintre răniţii condamnaţi. Atât cât mi-a stat în slabele mele puteri, am obţinut rezultatele ce se pot constata în condicele de operaţiuni, ale activităţei mele chirurgicale, în timpul actualei campanii.

Echipa chirurgicală a secţiei mele, cu care am operat în tot cursul campaniei, a fost formată de, subsemnatul ca chirurg, dr. Gh. Iliescu ca narcotizator, dr. Dan Rădoescu ca asistent la operaţii. Ambii au operat şi dat îngrijiri de specialitate, primul oculistice şi al doilea oto-rino-laringologice răniţilor ce aveau plăgi ce interesau specialitatea fiecăruia. In unele epoci am avut ajutorul ca asistent al dr. Vaida Voivod şi prieteneasca mână de ajutor, ca secretar benevol a dr. E. Pârvu.

Cu această echipă, ajutat de bravii mei sanitari şi brancardieri, sub conducerea Adj. Plut. Sanit. Vlase Gh. am operat şi dat îngrijiri post-operatorii, unui număr de 1660 răniţi, efectiv operaţi de noi. Am subliniat efectiv operaţi, întrât cei ce erau îndreptaţi către sălile de operaţie, erau răniţi gravi ce aveau neapărată nevoie de intervenţie, restul fiind făcuţi în cea de a treia sală de operaţie, exclusiv rezervată pentru plăgile mai uşoare ale extremităţilor, sau pansaţi de medicii triajului.

In cele cinci luni de campanie, la care am luat parte în permanenţă în prima linie a spitalelor, am activat: în com. Independenţa jud. Covurlui imediat după decretarea mobilizării, în com. Popeni jud. Tutova, îngrijind răniţii de la Fălciu şi Tiganca, în com. Fălciu, în timpul acţiunei din Basarabia, în com. Glukshal, în timpul vertiginoasei înaintări în Transnistria, şi majoritatea timpului în satul Severinovska, la Nord de Odesa, în timpul grelelor lupte de încercuire şi cucerire a Odesei.

Toţi aceşti 1660 răniţi au fost operaţi de echipa mea în **65 zile** de activitate operatorie, restul timpului fiind ocupat în general cu lungi şi dificile deplasări.

Ar fi o medie de 25—26 operaţii în 24 ore zilnic. Valurile de răniţi însă nu au nici o regularitate, astfel, că au fost zile în care am executat 44—54—75 intervenţii zilnice. In special între 13—30 August în timpul activităţii la Severinovska în nici o zi nu am executat mai puţin de 30 intervenţii, ajungând până la 65 în 23 August şi 75 în 24 Septembrie.

Aruncând o privire generală asupra statisticelor alăturate de activitate operatorie pe răniţi gravi, la primul eşalon, se pot remarca unele date, ce poate vor putea servi la concluziile generale, asupra plăgilor de război, din actuala perioadă a campaniei.

Incepând dela prima perioadă a campaniei, 25 Iunie, până la 30 August, când am ajuns la un număr de 1000 de răniţi operaţi, special în acest scop, am subliniat un procentaj la această mie de răniţi.

In această perioadă de timp, de fapt, intră şi eforturile cele mai mari, făcute de unităţile ce deserveam, după cum se poate constata după numărul zilnic al răniţilor operaţi.

I. De remarcat în primul rând pro-

EVIPAN-SODIC

Pentru narcoza intravenoasă de bază şi de scurtă durată.

Narcoza se produce imediat şi durează 10—15 minute. Fără accidente locale şi generale. Redeşteptarea din narcoză se face repede şi fără inconveniente.

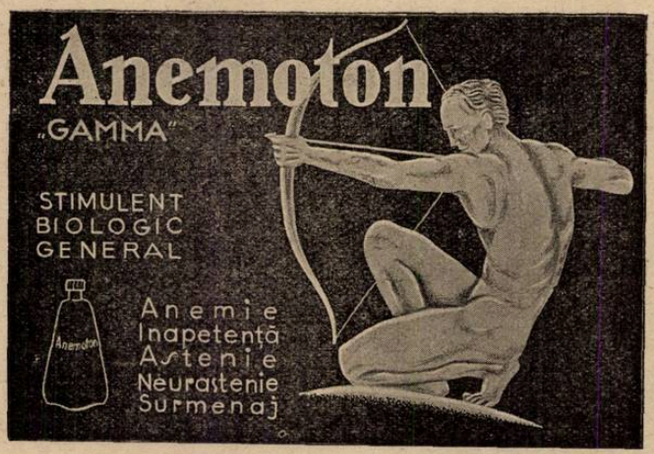
AMBALAJE ORIGINALE:

Cutie cu 1 g, Evipan-sodic + 1 fiolă cu 10,5 cc apă distilată sterilizată,

Cutie cu 5 × 1 g. Evipan-sodic + 5 fiole cu 10,5 cc. apă distilată sterilizată.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.86,



Hepafer

PRINCIPIUL ANTIANEMIC AL FICATULUI

ELIXIR pt. ADULȚI
SIROP pt. COPII
FIOLE INJECTABILE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

centul aproape dublu de răniţi graviprin schije faţă de cei prin glonte:

Prin schije = la 1000 — 605 = 60.5%

Prin glonţe = la 1000 — 365 = 36.3%

Aproape acelaş procent se menţine şi la totalul celor 1.660 răniţi operaţi.

Trebuie să subliniez că majoritatea sunt plăgi de schije de Brandt, armă atât de vulnerantă şi atât de intens întrebuinţată de ruşi în timpul asediului Odesei.

Imi permit, din cele constatate pe cei 1.660 de răniţi, operaţi să nu fiu de acord, cu cei ce susţin că în general, schijele de Brandt, provoacă plăgi de mică gravitate, şi că în marea majoritate nu prezintă un pericol vital şi nici nu produc mortalitate.

In primul rând, proectilele de Brandt sunt de mai multe calibre, unele mici, altele mijlocii şi altele mari, cu efecte aproape similare cu ale unui proectil de artilerie.

In al doilea rând, un mare procent de abdominali, şi de toraco-abdominali cu perforaţii de intestin, sau organe pline, se datoresc acestor schije mici de Brandt, care într'adevăr în tegumente fac un orificiu mic, cu aparenţă de puţină gravitate, însă nu de puţine ori, am avut dezagreabila surpriză, a unui abdomen cu defensă generalizată lemnoasă, prezentând ca plagă, o mică soluţie de continuitate a tegumentelor prin schijă de Brandt.

2. Caracteristic, procentajul infim de 2 la 1000 de plăgi prin baionetă, în actuala campanie, sau cel puţin în sectorul nostru. Chiar şi aceşti doi răniţi au declarat, că nu au fost răniţi în timpul unui atac la baionetă, ci au fost înjunghiaţi de ruşi în retragere, ei fiind deja căzuţi şi răniţi anterior de proectile.

3. La 1000 de răniţi gravi, 824 prezentau în general o plagă gravă a unei singure regiuni şi un număr de 142 răniţi, prezentau plăgi multiple ale mai multor regiuni. Unii din ei, prezentau împroşcături extrem de numeroase fie pe toată jumătatea stg. sau dr. a corpului, alţii ciuruiţi pe toată suprafaţa corpului.

Acest număr mare de plăgi multiple se datoreşte perfecţionărei proectilelor moderne şi materiilor explosive ce conţin, şi în special proectilelor de Brandt, ce cad vertical şi, prin explozie, schijele, nu formează ca proectilul de artilerie un con cu baza în sus, astfel ca prin culcare la pământ, omul este mai ferit, ci sunt proectate aproape paralel cu terenul, astfel, că nici cei culcaţi la pământ, nu sunt protejaţi. Astfel se explică cred şi numărul mare de răniţi prin schije, adesea nu prea mari ale membrelor feselor şi lombelor.

4. De remarcat procentul mare de răniţi ale membrelor şi în special ale membrelor inferioare:

Membrul inferior: 331 plăgi unice +85 cu plăgi multiple = 416.

Membrul superior: 206 plăgi unice +92 cu plăgi multiple = 298.

la 1000 răniţi gravi.

Total 714 plăgi ale membrelor la 1000 de răniţi gravi = 71.4%.

5. In ce priveşte celelalte regiuni procentul după cum reese din tabelul alăturat este:

Craniu şi faţă: 72 plăgi unice +35 din plăgi multiple = 107.

Torace 94 plăgi unice +54 din plăgi multiple = 148.

Abdomen 57 plăgi unice +23 din plăgi multiple = 80.

Fesă, lombe, basin 41 plăgi unice +33 din plăgi multiple = 74.

la prima mie de răniţi gravi operaţi.

Deci un procent de 10.7% plăgi ale craniului şi feţei.

Deci un procent de 14.8% plăgi ale toracelui.

Deci un procent de 8% plăgi ale abdomenului.

Deci un procent de 7.4% plăgi ale fesă, lombe, basin.

6. In ce priveşte variaţiunile cele mai frequente în plăgile multiple pe regiuni se pot remarca în general următoarele:

Membrele superioare şi inferioare	28 la 1000
Torace, membrul superior	28 » 1000
Toraco-abdominali şi abdomen cu plăgi ale altor regiuni	23 » 1000
Cap, membrul superior	12 » 1000
Membrul inferior, fesă şi lombe	15 » 1000

7. Am subliniat mai sus, preocuparea ce am avut în a fi conservator până la extrema limită permisă, convins şi condus de unul din principalele ţeluri enunţate de d. Prof. Iocobovici: reducerea la minimum a invalizilor.

Dintr'un total de 1.660 de răniţi gravi, nu am executat decât 37 dezarticulaţiuni şi amputaţiuni de membre, în acest număr intrând şi sacrificiile făcute în urma proceselor de gangrenă gazoasă, apărute precoce dela linia întâi până la noi.

La 1000 răniţi, dintre care 714 cu plăgi grave ale membrelor am executat numai 30 amputaţiuni şi dezarticulaţiuni.

8. Cu toate că eram eşelon înaintat, de primă linie şi cu toate eforturile lăudabile ce s'au făcut în general, de a scurta la maxim, timpul între momentul rănirei şi aşezarea rănitului pe mesele noastre de operaţie, datorită plăgilor cu delabrări enorme prin schije mari, ce antrenau pământ şi corpi străini (nasturi, chei, monede şi mari parcele de resturi vestimentare, manta-veston-cămaşă suprapuse şi antrenate în fundul plăgei), la 1.660 operaţi, am întâlnit 30 cazuri de gangrenă gazoasă şi infiltraţiuni gazoase după cum urmează:

21 ale membrelor
4 ale feselor
3 ale peretelui abdominal
1 peretele toracic şi axila
1 organele genitale şi peretele abdominal.

Din cazurile de gangrenă gazoasă ale membrelor, notez: 5 cazuri din menţinere prin forţă majoră, probabil, a garourilor neelastice, mai mult de 24 de ore, pe membre cu plăgi mari şi anfractuase şi 3 cazuri pe bonturi de amputaţie, executate la ambulanţe, amputaţii cu lambouri mari, suturate primitiv, cu drenaj filiform sau tub de dren subţire.

Motiv ce m'a determinat, ca toate amputaţiunile ce am executat, să le fac în majoritate circulare şi afară de ligatura vaselor, să nu pun nici un punct de sutură, considerând în special, mediul în care eram obligaţi a lucra. Cu atât mai mult la ambulanţă, unde condiţiunile şi posibilităţile de asepsie, sunt mult mai dificile, este de recomandat de a se renunţa la elanul de a face amputaţiuni clasice, cu lambouri mari şi estetice, preferând riscul eventual al unui bont patologic, riscului declanşărei proceselor de gangrenă gazoasă. Repet la aceste formaţiuni dinainte în primul rând primează primul ţel enunţat: reducerea pe cât posibil şi evitarea mai ales a mortalităţei.

9. Mortalitatea post-operatorie a fost de 110 la 1.660 răniţi gravi operaţi, de 54 la primii 1000.

Această problemă însă, trebuie pentru primele eşaloane chirurgicale, privită din două puncte de vedere:

— In primul rând, la aceste formaţiuni ajung numeroşi răniţi în stare extrem de gravă, ce în numeroase cazuri sunt operate în extremis, în veşnica speranţă a obţinerei unui succes neaşteptat.

— In al doilea rând, în timpurile de avalanşe de răniţi, atât de frequente şi zilnice în unele perioade de timp, mortalitatea poate surveni după evacuarea din serviciu, unde de multe ori operatul nu întârzia mai mult de 2-3-4 zile.

Incontestabil, că cea mai mare mortalitate o dădeau abdominalii cu leziuni vaste şi grave, sau cei ce nu ajungeau pe masa de operaţii în timp util.

Astfel din cei 54 morţi la 1000 răniţi gravi, operaţi, 32 au fost abdominali,

din 80 abdominali operaţi. La această cifră, trebuie avut în vedere că, abdominalii, cu toate dificultăţile, erau ţinuţi şi trataţi post-operatoriu în serviciu, timpul critic de 10 zile şi evacuaţi numai după ablaţia puţinelor fire ce puneam, şi în situaţia de a putea suporta fără risc transportul.

In general procentul de 60% abdominali salvaţi, după cum a apreciat şi d. Medic General Inspector al Marelui Cartier General, dr. Negoescu, în inspecţiile făcute este mulţumitor şi mult ridicat peste procentul din războiul trecut.

Cred că nu va fi inutil, ca unul ce am activat din punct de vedere chirurgical în tot timpul campaniei, ca şef şi chirurg în cadrele unui spital de campanie de primă linie, să schiţez succint, dificultăţile mari ce întâmpină un chirurg, eforturile de multe ori supra-omeneşti, ce trebuie să depună, adesea ori, pentru executarea menirei lui şi crunta luptă sufletească, între elanul chirurgical, minuţioasele şi rigidele reguli cu care suntem obişnuiţi, a practica arta chirurgicală şi dificultăţile ce se ivesc la fiecare pas, în condiţiunile grele a unei săli de operaţie în prima linie a spitalelor de campanie.

Voi schiţa aceste dificultăţi cu care chirurgul de primă linie are de luptat cu un dublu scop:

— In primul rând, în speranţa că modestele mele constatări şi aprecieri ar putea în mică parte să servească la o eventuală ameliorare, în punctele ce ar sta în putinţa celor chemaţi să o facă.

— In al doilea rând, pentru a evita în viitor, unele din puţinele greşeli, făcute din punct de vedere chirurgical, fie din forţă majoră, fie din exces de zel.

Dificultăţile ce întâmpină un chirurg în executarea menirei lui, în cadrul unui spital de campanie de primă linie, sunt consecinţele mai multor factori, unii ce cred că ar putea fi remediaţi, sau ameliorati, alţii, inerenţi războiului şi în afara posibilităţilor noastre:

1. Spitalele de campanie de primă linie, având în genere în timpul luptelor, un caracter aproape exclusiv chirurgical, ar necesita: conducere chirurgicală, personal chirurgical calificat (chirurgi şi personal inferior) dotare chirurgicală adequată situaţiei, practică şi uşor transportabilă cu mijloacele ce se pun la dispoziţie.

2. Necesitatea în funcţie de acţiunea tactică a unităţilor, operative ce deserveşte spitalul, de instalări şi deplasări rapide, la distanţe de multe ori enorme, cu mijloace hipo şi auto improvizate, şi puţinul timp ce rămâne pentru o acţiune chirurgicală complectă.

3. Veşnicul caracter de provizorat, în care se lucrează şi în special, în majoritatea cazurilor, instalare forţată de împrejurări, în localuri improprii, incomode, sau în corturi (situaţie fericită atunci când timpul permite şi spitalul este dotat).

4. Imposibilitatea chiar în cazul unei dotări perfecte, în asemenea condiţiuni de vagabondaj şi provizorat, a respectărei perfecte a rigidelor reguli de asepsie, atât de vital necesare unui succes chirurgical sigur.

5. **Timpul**, cel mai groaznic duşman cu care are de luptat chirurgul în prima linie. Timpul care, încă, este mult **prea lung**, cu toate lăudabilele sforţări, între momentul rănirei şi sosirea rănitului pe masa de operaţie şi tot **timpul**, care este **extraordinar de scurt**, când chirurgul este asediat de avalanşele de răniţi, ce vin în valuri atât de frecvente, câte odată zile, săptămâni sau chiar o lună la şir (Severinovska de la 13 August la 16 Septembrie, între 30-70 operaţiuni zilnice).

6. Hotărâre rapidă de mare răspundere morală în actul operator, datorită imposibilităţei în timp, de observaţie şi urmărire a bolnavului.

7. Imposibilitatea de a urmări evoluţia ulterioară, şi a face tratamentul post-operator, operaţiunea fiind făcută într'un spirit şi tratamentul ulterior în altul, de unde, necesitatea absolută a unificărei şi pe cât posibil, standardizărei, în general a liniei de conduită în chirurgia de război la diversele echeloane.

8. Din punct de vedere subiectiv, enorm de dureroasa luptă sufletească, ce se dă în conştiinţa chirurgului, ce se găseşte în faţa unui caz grav, complicat (exemplul groaznica problemă a abdominalilor, cu perforaţii multiple şi mari delabrări), ce necesită intervenţii complicate, de lungă durată, cu rezultate dubioase, având totuşi speranţa unui succes şi gândul, că în acest timp, la uşa sălei de operaţii aşteaptă atâţia alţii, (30-40-50) a căror plăgi tot grave, se infectează treptat din minut în minut.

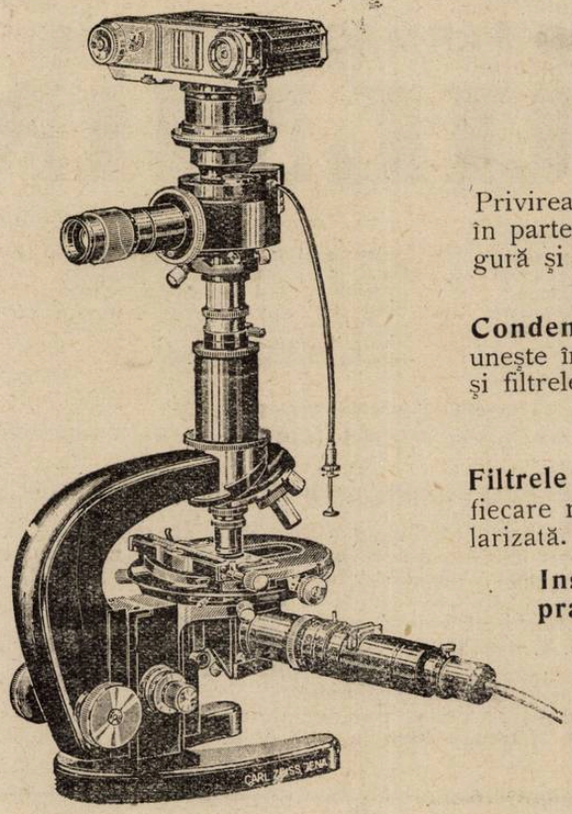
9. Dificultăţi întâmpinate, prin lipsă de omogenitate în doctrina acţiunei chirurgicale, la formaţiunile de ambulanţă, unde, în majoritatea cazurilor, se găseau chirurgi calificaţi şi de mare valoare, care, în elanul lor chirurgical, căutau să facă operă cât mai mare şi mai complectă, însă posibilităţile şi împrejurările îi întreceau, în dese situaţiuni. De aici lipsa posibilităţei chirurgului de la spitalul de campanie, în a-şi definitiva acţiunea faţă de un rănit venit dinainte, neputând şti, din succinta indicaţiune depe fişa dinainte, dacă mai are ceva de adăugat la acţiunea chirurgicală executată la ambulanţă, sau dacă această acţiune a fost complectă sau incomplectă.

Astfel, la începutul ostilităţilor, în timpul luptelor dela Ţiganca, cred, că se păcătuia prin exces de zel. Un rănit în drumul rapid (prin posibilităţile şoselelor şi căilor ferate din ţară), dela linia I-a la spitalele de Z. I., i se desfăcea plaga într'o singură zi de 4-5 ori la formaţiunile sanitare prin care trecea, (sanitarul de linie, primul pansament, medicul de batalion al 2-lea, la ambulanţă al 3-lea, cu un început sau un act chirurgical complect, la spitalul de campanie al 4-lea, cu complectarea şi definitivarea actului chirurgical, la spitalul Z. I. unde era evacuat, câte odată în aceiaşi zi sau cel mai târziu a doua zi al 5-lea pansament).

Invers, mai târziu în acţiunea din Basarabia sau Transnistria, în timpul marelor avalanşe de răniţi, aglomeraţi de cazuri grave, ce necesitau intervenţii mari, se strecurau fatal poate până la Z. I. plăgi cu orificii mici la exterior, cu tegumentele puţin excizate, la ambulanţă, socotite de noi ca tratate definitiv, însă cu mari şi grave delabrări în profunzime, care făceau să izbucnească ulterior, fenomene gangrenoase.

Chirurgul dela spitalul de campanie, primind răniţi dela mai multe ambulanţe, este în imposibilitate de a şti, cum a înţeles să se comporte, sau cât timp a avut disponibil, fiecare chirurg dela fiecare ambulanţă, astfel că este obligat, dese ori, în dauna celor gravi ce aşteaptă, să-şi piardă timpul, desfăcând şi refăcând, dese ori, pansamente mari şi multiple, de multe ori în mod inutil. De aci, necesitatea de a se şti precis, pe cât este posibil, ce trebuie să se execute la o formaţiune şi ce-i mai rămâne celelalte formaţiuni dinapoi de făcut. Ar fi o enormă economie de timp, extrem de preţios şi de material în acelaş timp.

10. Munca chirurgului este îngreuiată prin situaţia în care se găseşte, de a lucra deodată, cu ajutoare, ce în majoritatea cazurilor nu au o educaţie şi o obişnuinţă chirurgicală. Randamentul cantitativ şi calitativ al chirurgului, ar fi sporit, poate cu 100 în 100, dacă ar fi pus în situaţia de a fi ajutat, dacă nu de ajutoarele sale obişnuite, cel puţin cu elemente cunoscătoare ale specialităţei chirurgicale. Randamentul este mult scăzut, şi munca îngreuiată, prin faptul că aceste ajutoare, în majoritatea cazurilor, cu totul de alte specialităţi, trebuesc iniţiate sau reeducate, în



Stativul LWoE cu condesatorul pancratic și „Contax-Miflex".

ZEISS

MICROSCOAPE

Privirea oblică și montarea vizelor micrometrică și macrometrică în partea de jos a microscopului permit o lucrare comodă, sigură și fără oboseală.

Accesorii moderne pentru microscoape:

Condensatorul pancratic regulabil pentru toate aperturile. El unește în mod perfect lampa de microscopie cu condensatorul și filtrele.

Camera universală „Miflex"
Intotdeauna gata de întrebuințare.

Filtrele de polarizație după Bernauer se pot întrebuința la fiecare microscop. Ele permit fiecăruia cercetări în lumina polarizată. Prețul lor este modest.

Instrumente optice noui pentru cunoașterea și supravegherea tratamentului maladiilor grave de sânge.

Cataloage și informațiuni gratuite dela
CARL ZEISS, JENA
sau dela reprezentanța generală pentru România:
Societatea Anonimă de Agentură-Comision-Import fost
Otto & Alfred Herzog, București I, B-dul Carol I, 48.

CARL ZEISS JENA

Nitrolingual

Specific în
Asthma cardiale, Angina pectoris etc.

Dr. Alex. Radu București III Str. Sofia 30

CHINOIN

FABRICA DE PRODUSE CHIMICO FARMACEUTICE S. A.

TRANSPULMIN

Soluţie sterilă de chinină bazică şi camfor în uleiuri eterice. Injecţiuni intramusculare indolore. 1 cmc. conţine: 0. 3gr. chinină bazică, anhidră şi 0.025 gr. camfor.

Injecţiuni:
Cutii orig. cu 5 şi 10 fiole à 1.1 sau 2 2 cmc.

Bronşită acută şi cronică, pleurezie, bronchopneumonie, pneumonie postoperatorie, bronchectasie abces pulmonar, gangrenă pulmonară. Pentru evitarea complicaţiunilor pulmonare în gripe cu temperaturi pronunţate se recomandă tratamentul combinat cu Solvochin.
La batrâni imobilizaţi (apoplexie, flebită, etc.) poate preveni broncho-pneumonia.

Odată pe zi 1 – 2 cmc. intramuscular
Durata unui tratament: 1 — 3 săptămâni
La copii doze mai mici corespunzătoare vârstei La sugaci de 4 8 luni doza zilnică de 0.30 cmc, la copii de 5–8 ani până la 1.5 cmc pe zi.
Se poate utiliza şi pentru inhalaţiuni.

Prof. G. v. Bergmann (Berlin) susţine în conferinţa sa ţinută la 2 Noembrie 1925, că:
„Transpulmin este o inovaţie aşa de însemnată în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală".

CÂTEVA DIN CELE CCA 1000 REFERATE PUBLICATE DESPRE TRANSPULMIN IN TOATE ŢĂRILE:

Wolfer: Davos, Schweiz. med. Wschr. 25/1926.
Praktischeschki: Wratsch, Leningrad, 6/1926.
China: Chemist's and Druggist's Review 11/1936.
Yamada: (Sumanoura Hospital, Kobe Japan), 1926.
Radicke (Valparasio): Medicina Moderna, 1/1927.
Prof. Moellere—Deham: Wiener Klin. Wochenschr, 3/1927
Prof. Benedek: Deutsche Med. Wochenschr. 3/1933.
Prof. A. Boettner: Deutsche Med. Wochenschr, 42/1931.
Developments în Quinine Therapy, The Indian and kasteku. Drogist Vol. X. 2/1929.
Prof. Weinberger: Wiener Klin. Wochenscr. 4/1933.

Pappellier (Kobe, Japan) Dec. 1927. Transpulmin
Newton Heine: American Review of Tuberculosis. 1/1929.
Fleweling—Glendale: Medical Journal and Record, 4/1930
Martins: Gazeta Clinica. S. Paulo, 11/1930.
Abelmann: Revue française de Pédiatrie, 6/1930.
Prof. v. den Velden: D. Med. Wochenschr. 4/1929
Fortschr. d. Therapie, 19/1931.
Achard: Clinical Medicine and Surgery, 1/1929.
Prof. Saxl: Verlag Springer Wien, 1926.
Prof. Dreitus—Weinebrg: D. Med. Wochenschr. 28/1932

Exclusivitatea—O. A. F.—OFICIUL DE APROVIZIONARE FARMACEUTIC—Societate Cooperativă
STR. PITAR MOŞ 6—BUCUREŞTI 3

CINNOBIOL

Cinamat de Benzil, Cholesterină, Eucaliptol, Guaiacol.

Imunizaţie artificială contra infecţiunilor bacilare, afecţiuni ginecologice (leziuni inflamatorii, ulceraţii produse de agenţi patogeni).

1–2 fiole intramusc. pe zi

NEOPULMIN

Camphor, Urotropin, Guaiacol Oleiuri volatile transformate în combinaţii hidrosolubile.

Pneumonie, broncho-pneumonie, bronşite acute şi cronice, abcese pulmonare, stimulent cardiac în maladii infecţioase.

1–2 fiole intramusc. pe zi

Mostre şi literatură Laboratorul „IFAR"
Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — Bucureşti IV
Telefon 5.67.48

meseria de asistent la intervenţiuni mari şi complicate.

11. De menţionat că, tot chirurgului îi incumbă a face educaţia, supravegherea în permanenţă şi a personalului ajutător, inferior, care în majoritatea cazurilor este complect necalificat.

Singura soluţie a acestei probleme, în interesul real al rănitului şi pentru a mări randamentul chirurgului izolat, ar consta în încadrarea chirurgului la spitalele de campanie, ideal, ar fi cu ajutoarele şi personalul său obişnuit, dela spitalul unde acţionează în timp de pace, sau, măcar cu un personal mai tânăr şi precis din punct de vedere ajutoare chirurgicale.

12. Imi voi permite să subliniez, eforturle aproape dincolo de posibilităţile de rezistenţă ale unui om, la care se supune chirurgul, în timpul avalanşelor de răniţi dinainte. In timpul activităţei la Severinoska, spitalul deservind singur, în prima linie, un întreg corp de armată, în plină acţiune de înaintare, plus elemente numeroase de întărire, toată activitatea operatorie era împărţită între cei doi chirurgi calificaţ ai spitalului subsemnatul şi Medicul Cpt. Covali, şeful secţiei II. A fost o perioadă de circa o lună de zile, când zilnic eram obligaţi, prin aşezarea mult înaintată a spitalului, şi drumurile lungi şi impracticabile, ce îngreuiau adesea evacuarea rapidă, să executăm fiecare în sala lui, în 24 de ore câte 30-70 operaţiuni.

La cele de mai sus, se mai adaugă, tratamentele şi îngrijirile de multe ori complicate post-operatorii la bolnavii spitalizaţi, abdominali larg drenaţi, mari fracturaţi, toracici, mari hemoragici, şocaţi, etc., ce nu erau evacuaţi decât după remontarea stării generale.

13. Cu puţină stăpânire de sine, şi impunere de voinţă, chirurgul poate trece uşor şi stăpâni normala aprehensiune, în faţa pericolului permanent, al bombardamentelor frequente ale aviaţiei inamice, sau ale mitralierelor din avion, suportate cu stoicism, în numeroase rânduri, în timpul actualei campanii, atât de spitalul meu, cât probabil şi de celelalte spitale de campanie de primă linie.

Cred că nu supra estimez munca chirurgilor dela spitalele de campanie de primă linie, când afirm ca în improvizatele şi în cele mai dese cazuri incomodele săli de operaţie, amenajate ad-hoc, ale acestor spitale, s'a desăvârşit partea cea mai importantă a operei chirurgicale de război, din actuala campanie, luând în consideraţie rezultatele imediate, iar nu cele ce aşteaptă perfectarea în timp.

Activitatea şi rezultatele practice ale unei echipe de chirurgie modernă

de Dr VASILE ŢUCHEL
Asistent al clinicei Chirurgicale şi Ortopedice

Serviciul sanitar al armatei prevede în organizarea sa încă din timp de pace, un număr de echipe de chirurgie volantă încadrate cu personal technic şi auxiliar, cu materiale sanitare şi mijloace de transport.

Au fost create şi utilizate pentru prima dată în războaiele lui Napoleon, de către marele chirurg **Larrey.** Ele au misiunea de a se transporta urgent acolo unde nevoia o cere, întărind formaţiunile sanitare de pe lângă unităţile angajate în luptă.

La începutul campaniei actuale, d. prof. **P. Tomescu,** Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în dorinţa de a veni cât mai grabnic în ajutorul răniţilor, organizează un număr de echipe volante chirurgicale şi le trimete de urgenţă ca echipe de întărire pe lângă spitalele din imediata vecinătate a frontului. D-l prof. **I. Iacobovici,** comandantul Spit. Z. 305, răspunde cu toată graba apelului d-lui ministru, organizând numai în câteva ore patru echipe, formate din asistenţii clinicei şi alţi medici sau interni ai spitalului 305. Aceste echipe au fost trimise pentru a da ajutorul lor urgent spitalelor de răniţi din Tecuci, Bârlad, Vaslui, Suceava.

In calitate de conducător al echipei Nr. 2, după 25 zile de activitate la Bârlad, frontul îndepărtându-se spre Nistru echipa a fost rechemată la Bucureşti.

La 28 August Marele Cartier General trimite noui echipe la dispoziţia comandamentului Armatei IV-a. Ajutat de medicul sublt. radiolog Curcmali I. şi de studenţii în medicină Porovici Radu şi Evian Nicolae, sub denumirea de echipa Nr. 4, lucrăm la Spitalul de Campanie Nr. 5 Tiraspol, la ambulanţa Diviziei III-a şi în ultimul timp ca şef al Spitalului de ofiţeri din Cetatea Albă.

Abondenţa materialului sanitar, calitatea lui superioară precum şi mijloacele de transport rapide puse la dispoziţia noastră de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, ne-au fost de un real folos.

Fără o colaborare perfectă între organele centrale şi cei trimeşi pentru a activa pe teren, echipele volante nu ar fi obţinut rezultatele dorite.

Scopul publicării datelor de mai jos este de a evidenţia nu numai o activitate, dar mai ales de a releva unele observaţiuni şi învăţăminte trase din cazurile dificile, în împrejurări cu totul diferite caracteristice zonei de luptă.

Plăgile craniene au fost în proporţie de 2.5% iar cele ale feţii în proporţie de 4%. Comparativ cu armata germană şi franceză din războiul 1914—1918, găsim la Germani, răniţi cranieni în proporţie de 14,4% iar la Francezi 20.6%.

Utilizarea armelor moderne şi rezistenţa căştii cu mult superioară celei din războiul trecut, se pare că a contribuit la scăderea procentului de răniţi cranieni în actualul război.

Intervenţiunile făcute pe craniu şi faţă au constat în extragerea proectilului, în trepanaţii decompresive în plăgile cu înfundare sau pentru hematoame subdurale, enuclearea de globi oculari complect distruşi; în total 12 intervenţii pe craniu şi faţă. Ca tratament am utilizat sulfamide, urotropină intravenos şi ser antigangrenos. Mortalitatea operatorie a fost de 30%. In general cranienii fără turburări nervoase, nesecaţi, după o curăţire mecanică a plăgii cât se poate de îngrijită erau transportaţi spre formaţiunile din zona interioară, de cele mai multe ori zona interioară.

Plăgile rachisului. Dintr'un număr de 56 răniţi. 23 au prezentat leziuni superficiale, 21 au prezentat fractura coloanei vertebrale, iar 12 fractura coloanei cu leziuni medulare. Procentul răniţilor rachidieni a fost 2,2%.

Ca tratament am aplicat acolo unde împrejurările ne-au permis, corsete gipsate în hiperextenzie. In general aceşti răniţi erau evacuaţi cât se poate de urgent spre spitalele de Z. I. după curăţirea în prealabil a plăgii de eschile şi extragerea proectilelor. .

Plăgile toracelui. Am avut în total 159 de răniţi toracici dintre care 85 răniţi prin schije şi 74 prin proectile de armă sau mitraliere.

Un număr de 40 răniţi au prezentat plăgi superficiale; 104 răniţi au prezentat plăgi penetrante toracice şi leziuni ale pleurei, pulmonului, diafragmului, asociate sau nu cu fracturi de coastă.

Răniţii toracici au dat un procent de 6,3%. La armata germană procentul a fost acelaş 6.2%, iar la Francezi ceva mai ridicat 10.8%.

Ingrijirea toracicilor a comportat o conduită decsebită. Intervenţiile chirurgicale au constat în extragerea proectilelor oprite de obicei în peretele toracelui; într'un singur caz am făcut o pleurotomie cu drenaj sondă Pezzer. In plăgile penetrante cu hemotorax am aplicat sistematic punctia

evacuatrice şi sulfamidoterapia, obţinând rezultate foarte bune.

La Cetatea Albă unde era un spital model în ceeace priveşte utilajul şi curăţenia, izolând răniţii toracici într'un singur salon bine luminat şi aerat, am remarcat rapida vindecare a plăgilor şi absenţa complectă a complicaţiilor septice pleuro-pulmonare.

Plăgile abdominale. La un număr de 2500 răniţi am avut un procent de 2,1% răniţi abdominali. Statisticile germane şi franceze din războiul 1914—18 dau un procent de 6,7%.

Răniţii abdominali au fost cu siguranţă în proporţie cu mult mai mare. Puterea de distrugere a armelor moderne în special schijele de Brandt, au făcut ca majoritatea acestor răniţi să sucombe imediat. .

Vizitând câmpul de bătae de la Dalnic la două zile după căderea Odesei, am putut constata că o mare parte dintre cei morţi prezentau leziuni grave abdominale, cu eviscerăţii parţiale sau totale. In 24 cazuri, au fost plăgi produse de schije şi în 29 cazuri produse de glonţ. In 14 cazuri au fost plăgi superficiale, tangenţiale la perete sau în seton. In 12 cazuri plăgi penetrante fără leziuni viscerale iar 25 cazuri leziuni ale diferitelor organe.

Am intervenit în 25 cazuri practicând după caracterul plăgii, înfundări ale perforaţiilor, rezecţii de intenstin, splenectomii, suturi hepatice, etc. La toţi răniţii operaţi am utilizat drenajul cu ser antiperitonitic.

Soarta răniţilor abdominali a depins de precocitatea intervenţiei, de împrejurările în care sau făcut aceste intervenţii, de starea gravă în care au fost aduşi răniţii. Proporţia celor salvaţi a fost în jurul cifrei de 33%.

Ingrijirea răniţilor abdominali formează încă o problemă de care va trebui să se ţină seamă în viitoarea organizare a serviciului sanitar al armatei.

Plăgile bazinului, perineului şi organelor genitale au fost în număr de 37. Cele mai grave au fost plăgile cu fracturi de bazin şi rupturi ale uretrei perineale. In plăgile uretrei însoţite de pierderi mari de substanţă, am executat imediat cistostomii derivative (2 cazuri); într'un singur caz am făcut o uretrorafie, unde pierderea de substanţă era minimă şi plaga foarte recentă (4 ore dela rănire). In plăgile burselor şi testicolilor complect compromişi am executat într'un caz castraţie bilaterală, în alte două cazuri castraţie unilaterală.

Plăgile membrelor superioare şi inferioare. Marea majoritate a răniţilor au prezentat plăgi la nivelul membrelor superioare sau inferioare. Am avut 1007 răniţi cu plăgi la nivelul membrului superior şi 831 răniţi cu plăgi la nivelul membrului inferior. Plăgile membrelor au fost produse aproape în proporţii egale de schije sau glonţ. In 3 cazuri am întâlnit plăgi produse prin arme albe. Plăgile asociate cu fracturi ale oaselor au predominat. .

Curăţirea mecanică, antiseptizarea plăgii, extragerea eschilelor şi proiectilelor, imobilizarea membrului fracturat în atele sau aparat gipsat au format obiectul unei deosebite atenţii din partea noastră. Am observat la spitalele de campanie evoluţia foarte favorabilă a plăgilor îngrijite cu deosebit interes la primele formaţiuni sanitare. Pentru imobilizarea fracturilor am utilizat atele Thomas, Bohler, Hortolomei, etc. Am preferat aparatul ghipsat acolo unde împrejurările ne-au permis să-l aplicăm, găsind metoda cea mai bună pentru o imobilizare perfectă, un transport mai uşor, suprimând în acelaş timp suferinţa bolnavului şi evitând complicaţiile. Pentru o supraveghere cât mai atentă a plăgii am practicat fereastra în mod obicinuit. Am aplicat peste 50 aparate gipsate.

In plăgile cu leziuni ale nervilor periferici s'a practicat sutura capetelor nervului lezat (2 cazuri).

La un rănit cu plagă bipolară prin glonţ la nivelul coapsei stângi cu leziunea arterei femurale şi hematom difuz s'a legat artera în triunghiul lui Scarpa; circulaţia colaterală restabilindu-se în bune condiţiuni membrul nu a fost compromis.

Printre intervenţiunile curente făcute pe membre au fost: debridările, extragerile de proiectile, amputaţiile şi dezarticulaţiile în unele cazuri de distrugeri masive ale ţesuturilor sau de gangrenă gazoasă.

Dezarticulaţiile au privit în cea mai mare parte articulaţiile mici. Procentul amputaţiilor şi dezarticulaţiilor a fost la 2500 răniţi de 1,2%. Chiar acolo unde suprimarea membrului părea inevitabilă, căutând să fim cât mai conservatori, ne-am străduit ca prin debridări largi, prin drenaje cu tuburi de cauciuc irigări continui de soluţie Dakin prin imobilizări provizorii, să salvăm o bună parte din membrele compromise.

Plăgile membrului superior au fost în proporţie de 37%, cele ale membrului inferior de 33%.

Armata germană în 1914-18 a dat un procent de 34,6% membrul superior 29% membrul inferior, armata franceză în acelaş război 26,1% membrul superior, 35,8% membrul inferior.

Procentul rănirilor raportate la natura agentului vulnerant a fost: pe 2500 răniţi 50% răniri prin schije, 46% prin glonţ, 0.2% prin arme albe. Germanii dau 80,1 răniri prin schije, 17% răniri prin glonţ, 0,01% răniri prin arme albe; Francezii 73% răniri prin schije, 22% răniri prin glonţ, 0,02% răniri prin arme albe.

Plăgile articulare le-am întâlnit în proporţie de 4,7% pentru membrul superior, de 2% pentru membrul inferior. Articulaţiile cele mai afectate au fost în ordine descrescândă: Articulaţia scapulo-humerală, genunchi şi cot. După statistica lui **Rouvillois** din războiul trecut, plăgile articulare au fost în proporţie de 5%.

Plăgile articulare produse prin glonţ au evoluat în general mult mai bine ca cele produse prin schije. Nu am fost nevoiţi să practicăm în nici un caz amputaţii consecutive plăgilor articulare. După o toaletă îngrijită a plăgii şi o bună imobilizare, toţi aceşti răniţi erau imediat evacuaţi spre formaţiunile de înapoi.

Sulfamidoterapia aplicată sistematic în plăgile articulare a făcut să scadă cu mult mortalitatea destul de ridicată altădată a răniţilor articulari. Credem că sulfamido terapia aplicată chiar în plagă sub forma de soluţie Colubiazol, Prontosil etc. ar da rezultate şi mai încurajatoare.

Printre complicaţiunile plăgilor, tetanosul şi erizipelul au fost inexistente. Gangrena gazoasă am avut-o în proporţie de 0,80%. Am arătat într'un articol precedent rezultatele foarte bune obţinute prin aplicarea serului antigangrenos intravenos ca adjuvant al tratamentului chirurgical.

Printre afecţiunile medicale am avut de îngrijit în 11 cazuri bolnavi cu enterită dizenteriformă. In 4 cazuri grave am aplicat ser antidizinteric pe cale subcutanată obţinând rezultate bune (2 ameliorări şi 2 vindecări).

Am notat în două cazuri hemoragii intestinale tardive (la 4—5 săptămâni după enterită) ambele mortale.

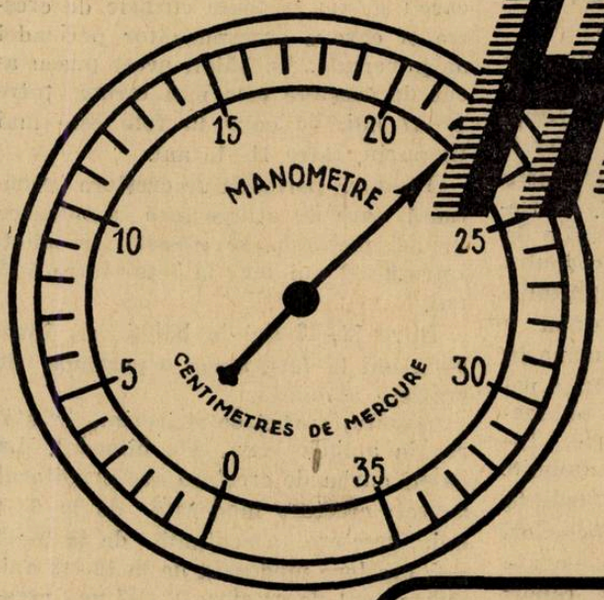
In rezumat: S'au îngrijit 2500 răniţi dintre care 2370 soldaţi sau gradaţi şi 130 ofiţeri.

S'au făcut 131 intervenţiuni chirurgicale şi s'au aplicat 50 aparate ghipsate variind după regiunea fracturii.

Anestezia întrebuinţată a fost: In 70% anestezie locală, în 20% anestezie generală cu ether sau clorură de ethil, şi în 10% anestezie intravenoasă cu Epivan sodic.

Mortalitatea generală raportată la numărul total de răniţi a fost de 3,04%.

Experienţa căpătată în zona operativă vor fi cu sguranţă un îndreptar pentru zilele ce urmează.



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— ***Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.***
— ***Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.***
— ***Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.***
— ***Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.***
— ***Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.***

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

Meno și Metroragii

Epifizormon

EXTRACT HIDROSOLUBIL DIN GLANDA PINEALA

Fiole A 1.1 c.c = 10 ctgr. extract

PENTRU INJECȚIUNI SUBCUTANE ȘI INTRAMUSCULARE

„FARMAOLT" S. A. București, Calea Griviței No. 67. Telefon 4.98.08.

Consideraţiuni asupra creşterei corpului omenesc*)

de Dr. VICTOR PREDA
Asistent universitar

Datele pe care le voi expune în acest articol sunt concluziunile unei lungi serii de cercetări antropometrice făcute împreună cu Conferenţiar Dr. C. C. Veluda. Aceste cercetări au fost începute în vara anului 1939, când Institutul de Cercetări Sociale, regionala Cluj, a întreprins o serie de cercetări monografice în judeţul Turda, cercetând cu deamănuntul plasele Iara şi Baia de Arieş. In cadrul acestui Institut au fost create două secţiuni ce s'au ocupat de antropometria copilului. Una din aceste secţiuni condusă de Conf. Dr. C. C. Veluda s'a ocupat cu studiul antropometric al capului, depistarea grupelor sanguine şi studiul complexului pigmentar la copii. A doua secţiune condusă de mine, s'a ocupat cu studiul antropometric al corpului, biotipologia şi eredo-patologia copilului.

Materialul examinat a fost de 1003 copii de sex masculin şi 953 copii de sex femenin între 6—20 ani. Aceşti copii erau cu toţii de origine etnică românească. Au fost măsurate o serie de diametre corporale privind toracele, abdomenul, membrele şi talia. Rezultatele obţinute au fost publicate în cadrul Buletinului Eugenic şi Biopolitic din Cluj.

In acest articol ne vom ocupa de concluziile cari se pot trage din examenul atent al evoluţiei pe care-o suferă fiecare diametru sau totalitatea diametrelor corporale, în decursul perioadelor de vârstă succesive. Din acest examen putem deci trage concluzii foarte importante privitoare la creşterea corpului.

1. In primul rând constatăm faptul că diametrele corporale nu prezintă o creştere uniformă şi regulată, ci din contră o creştere extrem de inegală, fiind anumite perioade de vârstă în care aceste diametre au o creştere mai accentuată şi altel în cari diametrele prezintă o încetinire a procesului de creştere. Creşterea fiecărui diametru ia astfel aspectul unei curbe neregulate, în care găsim totuşi puncte de reper cari vor fi studiate mai jos.

2. In al doilea rând, ceeace ne izbeşte în studiul comparativ al diametrelor corporale este lipsa de sincronism care există între modalitatea de creştere a fiecăruia diametru în parte. Astfel la o anumită vârstă în timp ce un diametru se găseşte într'o perioadă de creştere mai accentuată un alt diametru poate să fie într'o perioadă de creştere mai atenuată sau chiar de stagnare. Din acestea se desprinde faptul extrem de important că, *fiinţa umană nu prezintă, la vârste diferite şi succesive, raporturi identice între diferitele părţi ale corpului ei.* In fiecare perioadă de vârstă raporturile de formă ale diferitelor părţi ale corpului sunt deci deosebite datorită faptului că fiecare diametru creşte după o curbă proprie. Această lege rămâne în picioare chiar dacă găsim anumite perioade de vârstă în cari toate diametrele au tendinţă către creştere. Intr'adevăr chiar dacă avem în anumite perioade de vârstă această tendinţă generală de creştere a diametrelor, ritmul de creştere nu este niciodată identic între două diametre şi raporturile dintre diferitele părţi ale corpului rămân variabile.

3. Creşterea copiilor de sex masculin se face neîntrerupt între 6—19 ani. La copiii de sex femenin creşterea încetează la vârsta de 17 ani şi pentru unele diametre chiar la vârsta de 16 ani.

4. Valorile mediilor diferitelor diametre corporale de la copiii de sex femenin sunt inferioare (în aceiaşi perioadă de vârstă) celor a copiilor de sex masculin. Fac excepţie de la această regulă diametrul transvers al basinului şi lungimea xifo-epigastrică, unde valorile mediilor sunt mai ridicate la fete. Există totuşi o perioadă de vârsă (între 11—15 ani) când valorile mediilor diametrelor corpului sunt mai ridicate la copiii de sex femenin. Acest fapt este datorit perioadei de pubertate care la fete este mult mai timpurie decât la băieţi. Ori în această perioadă, diametrele corporale suferă la fete o creştere mai accentuată pe când la băieţi ele suferă o creştere moderată. Fac excepţie de la această regulă: diametrul transvers toracic, sagital toracic, sagital hipocondriac şi perimetrul toracic maxim, unde valorile mediilor femenine nu întrec niciodată valorile masculine.

5. Diferenţele dintre formele celor două curbe de evoluţie a diametrelor masculine şi femenine, sunt mici în epoca copilăriei şi pubertăţii. Ele devin remarcabile începând cu vârsta de 16 ani când creşterea corpului la băieţi se continuă neîntreruptă, pe când la fete creşterea corpului încetează.

6. Din studiul curbelor de creştere ne-am putut da seama că deşi creşterea diametrelor se face extrem de neregulat şi nesincron, există anumite puncte caracteristice de reper în toate aceste curbe.

Astfel avem în primul rând un puseu accentuat de creştere, puseu pe care-l găsim la toate curbele de creştre şi care e corespunzător perioadei de pubertate. La băieţi acest puseu acut de creştere este mai tardiv între 13—17 ani, pe când la fete este mai timpuriu, între 11—15 ani.

O a doua perioadă de creştere accentuată, care nu atinge însă amploarea primei perioade, se găseşte la băieţi între 9—12 ani iar la fete între 6—9 ani.

Intre 12—13 ani la băieţi şi între 9—11 ani la fete, avem o perioadă de creştere atenuată.

Aspectul curbei ce reprezintă creşterea la ambele sexe este bimodal. La băieţi curba de creştere are următorul aspect: creştere moderată de la 6—9 ani, creştere accentuată de la 9—12 ani, creştere moderată de la 12—13 ani, puseu acut de creştere 13—17 ani, creştere atenuată de la 17—20 ani. La fete curba ia următorul aspect: creştere accentuată 6—9 ani perioadă de creştere atenuată 9—11 ani, puseu acut de creştere 11—15 ani, creştere atenuată 15—17 ani, vârstă la care creşterea stagnează complect.

Scăderea ce se produce în ritmul de creştere progresivă în decursul perioadei prepubere s'ar putea interpreta ca şi când în această perioadă organismul s'ar păstra energia necesară unei activităţi intense de creştere la pubertate.

*) Lucrare făcută în Institutul de anatomie umană al Facultăţei de medicină din Cluj-Sibiu. Director Prof. V. Papilian.

BIBLIOGRAFIE

La Ponction d- Péricarde, en particulier par voie épigastrique sous-xiphoïdienne, par D. B Marfan, professeur honoraire à Faculté de médecine de Paris. Membre. de l'Academie de médecine. Un volum de 6 pagini, cu 3 figuri (Collection Médecine et Chirurgie, Recherches et Applications . . . . . 12 frc.

Diagnosticul revărsărilor pericardice este greu; pentru ce, se întreabă autorul, nu se sondează cavitatea pericardică cu acul cum se face cu pleura meningele, seroasele articulare şi peritoneul ? Această puncţie nu ar servi numai la diagnostic: evacuând epanşamentul, care poate decomprima inima, să uşureze şi dispneea şi durerea, să amelioreze circulaţia putând suprima sau slăbi un focar septic.

Autorul, în 1911 a propus un procedeu nou de paracenteza pericardului prezentând într'un mare număr de cazuri avantajii asupra celor precedente. Acest procedeu este expus în această broşură. El a fost aplicat într'un aşa mare număr de cazuri încât a dovedit că este aplicabil la cele mai multe epanşamente, putând asigura diagnosticul, să uşureze bolnavul şi în anumite cazuri să contribue la vindecare.

PENTRU INHALAŢII

In afecţiunile acute şi cronice ale căilor şi organelor respiratorii

INHALOSA DR. WANDER

TABLETE

Ol. Pini
Ol. Menthae
Ol. Lavandulae
Terpineol
Eucaliptol
Clorură de sodiu

CALMANT AL TUSEI

CODELUM DR. WANDER

Tablete cu 0,01 gr. Codeină feniletilbarbiturică

CODELUM FORTE

Tablete cu 0,02 gr. Codeină feniletilbarbiturică

in toate cazurile de tuse iritativă, spasmodică şi quintoasă, în special în tusea tuberculoşilor.

EXPECTORANT
ANTISEPTIC PULMONAR
RECALCIFIANT

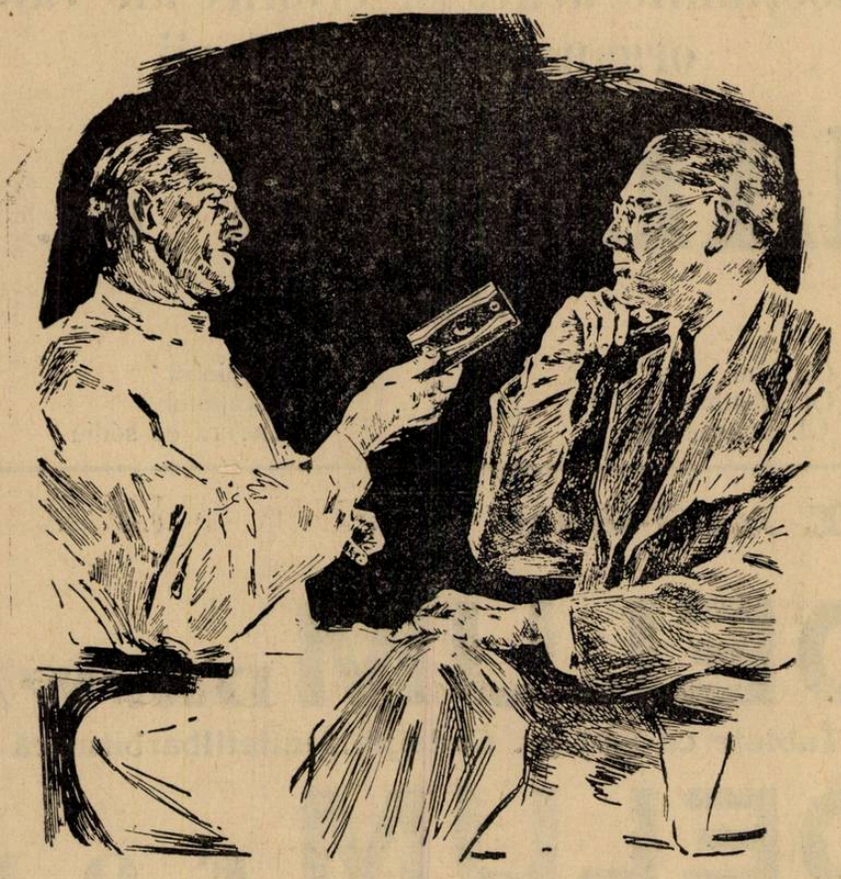
ERIGON DR. WANDER

Sirop

BRONŞITE CRONICE ŞI SUBACUTE TUBERCULOZA

Sulfogaiacolat de Potasiu
Codeină
Hipofosfiţi

Mostre şi literatură trimite la cerere:
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89.



Increderea mea deosebită

o au mereu preparatele **Merck**
indiferent dacă sunt preparate
speciale pentru terapie sau reactivi
pentru laborator!

E. Merck

FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE • DARMSTADT
FONDATĂ ÎN 1827

Reprezentanța generală: Chimiroman Farmacist Liviu Bancu
București I, — Str. T. G. Masaryk No. 32

Date statistice din Serviciul II Chirurgie dela Spitalul Militar 284 din Iaşi

de Conf. Dr. N. BARBILIAN şi Dr. E. LUPU
Medic şef al Serviciului — Medic secundar al serv.

In intervalul de timp dela 22 Iunie până la 15 Noembrie 1941, au beneficiat de spitalizare în S. II Chirurgicală un număr de 691 răniţi. In această cifră cuprindem şi un număr de răniţi foarte mic de altfel, care au fost spitalizaţi la Centrul de Recuperare, de la Reg. 13 Dorobanţi şi care a funcţionat tot sub supravegherea noastră.

Repartizarea acestor răniţi pe grade a fost următoarea:

Ofiţeri: 13 (12 Români şi 1 German).

Subofiţeri: 22 (21 Români şi 1 German).

Trupă (soldaţi, fruntaşi, caporali, sergenţi): 926 (12 germani).

Iată repartiţia lor pe arme:

Din Infanterie:	742
» Cavalerie	78
» Vânători	30
» Artilerie	39
» Grăniceri	29
» Pionieri	16
» Care luptă	10
» Jandarmi	9
Total	961

Dintre aceşti 961 de răniţi, un număr de 792 au prezentat plăgi unice — o singură rănire — iar 169 au prezentat răniri multiple — polirăniri.

Din punctul de vedere al gravităţii, 208 au fost răniţi grav, cu leziuni grave şi cu stare generală destul de rea, iar 753 au fost răniţi uşori şi mijlocii.

Am avut un total de 1131 răniri la 961 răniţi. Dintre acestea 413 au fost produse prin gloanţe de armă sau de mitralieră, la 508 cazuri proiectilul a fost reprezentat prin diferite schije şi anume: grenadă 108, brandt 188, obuze 180, bombe de avion 22, mână 3, **şrapnel** 5, nedeterminate în 210 plăgi.

Repartiţia după seg. de rănire:

A. — **Cap şi gât** 119 răniri şi anume:

a) Leziuni numai ale tegumentelor craniene în număr de 34; b) Fracturi ale bazei craniului, 2; c) plăgi penetrante cranio-cerebrale cu reţinerea proiectilului, 6; d) plagă penetrantă a sinusului frontal, 1; e) plagă penetrantă cu fractura maxilarului, 1; f) plagă penetrantă cu fractura mandibulei, 1; g) plăgi simple interesând numai părţile moi ale feţei, 40; h) plăgi ale gâtului — numai într'un singur caz cu lezarea plexului brachial — 35.

In diagnosticarea exactă a leziunilor craniene, întotdeauna am recurs la examenul radiografic din faţă şi din profil şi numai după aceea am abordat leziunea.

Am extras întotdeauna proiectilele din substanţa cerebrală uşor abordabile, abandonând pe cele prea profunde de un calibru puţin important.

Unul singur dintre aceşti bolnavi a făcut o fistulă de lichid cefalo-rachidian post-operator, dar care a cedat surprinzător de repede la un tratament medicamentos şi dietetic. Acest caz a fost de altfel prezentat de noi pentru acest motiv, într'una din şedinţele anterioare ale societăţii.

La câţiva dintre aceşti bolnavi, la care am avut de trata cefalei foarte rebele şi în special la cei doi cu fractura bazei de craniu, fiind absolut convinşi că cefaleea este produsă de o hypertensiune din cauza şocului traumatic, am practicat repetate puncţii rachidene. Era absolut imposibil să aducem vreo alinare în suferinţa lor disperată. Am recurs la metoda practicată curent în serv. prof. Moruzi, blocajul simpaticului cervical. La unul din ei durerea a cedat ca prin farmec, total şi definitiv, numai după o singură blocare. La cel de al doilea au trebuit însă trei şedinţe cu intervale de 1 zi liberă, durerea retrocedând în etape, adică după un interval de 24—36 ore, cefaleea reapărea însă mult mai diminuată, aşa fel că la a treia şedinţă avea o cefalee foarte discretă.

Credem că este o metodă recomandabilă în cefaleele post-traumatice recente, ducând la o supresiune şi o liniştire imediată a bolnavului.

B. — **Răniri ale toracelui:** 100 cazuri.

a) Dintre aceştia au prezentat numai răniri ale peretelui toracic un număr de 67: diferite plăgi tangenţiale, oarbe, setoane, etc. cu sau fără fracturi de coastă, dar întotdeauna cu pleura parietală nedeschisă.

Aceştia au beneficiat de tratamentul obişnuit, adecvat momentului sosirii lor în serviciu: emostază, tratamentul şocului, excizie şi sutură în primele 6 ore, debridare şi drenaj după 6 ore, extragerea cu insistenţă pe cât posibil a tuturor proectilelor.

b) Un număr de 33 au prezentat însă leziuni toraco-pulmonare sau toraco-abdominale.

Iată repartiţia lor exactă:

1) Plăgi transfixiante toraco-pulmonare, 20;

2) plăgi penetrante toraco-pulmonare cu reţinerea proiectilului, 9;

3) plăgi penetrante sau transfixiante toraco-abdominale cu leziuni viscerale, 4;

Acest lot de 33 răniţi a evoluat cu diferite complicaţii: 12 au făcut hemotorax simplu, 7 au făcut hemopneumotorax masiv sufocant; 6 au făcut piopneumotorax; 3 au făcut hemotorax şi hemoperitoneu sau hemopneoperitoneu; 1 fistulă hepato-biliară prin leziunea toraco-abdomino-hepatică; 4 au evoluat fără nicio complicaţie.

Numărul acestor răniţi este destul de important, ei reprezintă 3 şi ceva la sută din totalul răniţilor.

Starea lor a fost întotdauna printre cele mai importante. Lor li s'a acordat în limita posibilităţilor o terapeutică judicios aplicată dela caz la caz, intervenind întotdeauna cu maximum de urgenţă, acolo unde o hemoragie ameninţa într'un fel sau altul viaţa răniţilor.

Tot astfel în cazuri de infecţiune, drenarea la punctul decliv prin drenaj cu supapă au fost metoda preferată.

Proiectilele au fost extrase toate, afară de cele fixate în parenchimul pulmonar şi în special cele profunde, care credem ca şi numeroşi alţi autori că pot fi abandonate, parenchimul pulmonar tolerând prezenţa lor. Susţinerea lor cu diferite tonice, seruri, calmante ale dispneei, a fost făcută permanent cu foarte mult zel.

La cei cu răniri toraco-abdominale: unul cu leziunea splinei, unul cu leziunea splinei şi pancreasului şi doi cu leziuni hepatice s'a intervenit numai în trei din aceste cazuri, unde erau semne manifeste de hemoragie internă. La unul din ei, car de altfel a ajuns tardiv în serviciu, la câteva zile, timpul a hotărît asupra abstenţiunei noastre, bolnavul neprezentând semne de hemoragie, ci o fistulă hepato-biliară. Aceastâ fistulă a evoluat foarte benign închizându-se în interval de câteva zile numai prin tratament medical.

Cu tratamentul de fiecare clipă, aplicat şi urmărit de noi, am avut totuşi nefericirea să pierdem doi din aceşti bolnavi, unul chiar după primele ore dela sosirea lui în spital, venind de altfel într'o stare foarte gravă.

Totuşi credem că ar fi foarte indicat ca aceşti bolnavi să fie spitalizaţi în servicii creiate şi dotate în mod cu totul special.

In actualele condiţiuni, în afară de lipsa unui utilaj special se mai pune şi aceea a spitalizării lor la un loc cu bolnavi cu alte leziuni, în saloane uneori destul de mari şi aglomerate. Adesea aceşti răniţi sunt nevoiţi să respire un aer viciat şi încărcat cu fum de ţigară, provenit dela camarazii lor

care se lasă foarte puțin convinși de culpa răului ce comit.

C. — **Răniri ale abdomenului:** 52.

a) Leziuni ale peretelui abdominal, 38; b) plăgi penetrante cu sau fără leziuni de organe, 8; (astfel: într'un caz a fost pancreasul și splina: unul numai splina, unul a fost lezat ficatul, două cazuri lezat colonul, un caz vezica și rectul, un caz nicio leziune de organ; c) plăgi transfixiante, cu sau fără leziuni de organe, în număr de 6. In aceste cazuri au fost lezate următoarele organe: In două cazuri intestinul subțire, într'un caz mezocolonul, într'un caz vezica și rectul, într'un caz ficatul și în fine, într'un caz pedicolul hepatic.

Timpul în care au venit acești răniți în spital a variat între două ore și 4 zile.

Pierderile au fost importante, deoarece ara avut 4 morți, ceea ce este foarte mult, în raport cu numărul total de 14.

Credem că ar fi putut fi salvați, afară de unul, dacă ne-ar fi sosit în primele ore.

Cele două cazuri cu leziuni ale vezicei au făcut obiectul unor comunicări anterioare.

D. — **Răniri ale membrelor**, 858 cu 224 fracturi.

a) Răniri ale membrului superior, 447.

1) Leziuni ale umărului, ale părților moi, mai mult periarticulare, au fost în număr de 72. Dintre acestea, un număr de 3 au fost complicate cu fracturi ale elementelor osoase articulare.

2) La braț au fost 75 de răniri în total din care un număr de 25 au fost complicate cu fracturi de humerus.

3) La antebraț au fost 114 răniri cu un număr de 51 fracturi.

4) La mână au fost 168 leziuni din care un număr de 71 au fost complicate de fracturi ale oaselor mâinii.

5) Leziunile articulare în afară de umăr și numai la cot, pumn, au fost în număr de 18, între care 7 complicate cu fracturi.

In rezumat deci: umăr, 72, cu 3 fracturi; braț 75, cu 25 fracturi; antebraț 114, cu 51 fracturi; mână 168, cu 71 fracturi; articulații 18, cu 7 fracturi, total 447 cu 157 fracturi.

Adică la un număr de 447 leziuni ale membrului superior am avut o frecvență de 157 fracturi ale diferitelor oase.

b) Răniri ale membrului inferior.

1) Leziuni ale șoldului, ale părților moi, în general au fost în număr de 47. D'ntre acestea numai două au fost complicate de fracturi.

2) Leziuni ale coapsei, în număr de 126, din care 13 complicate cu fracturi de femur.

3) Leziuni ale gambei, în număr de 143, din care 23 complicate de fracturi ale acestui segment.

4) Leziuni ale piciorului, 81, dintre care 25 complicate de fracturi ale oaselor.

5) Leziuni articulare în număr de 14 dintre care 4 complicate de fracturi articulare.

In rezumat:

șold	47 cu	2	fracturi
coapsă	126 »	13	»
gambă	143 »	23	»
picior	81 »	25	»
articulații	14 »	4	»
Total	411 »	67	fracturi

Adică la un număr de 411 leziuni ale membrului inferior am avut un număr de 67 fracturi.

Reducerea în poziție cât mai bună și imobilizarea în aparat ghipsat prin atele sau circulare, după împrejurări, a fost singura metodă la îndemâna noastră pentru tratament.

Fracturile deschise au fost imobilizate în ghipsuri armate, până se mai calma supurația, apoi multe din ele pansate ocluziv cu desitin moale sau cu ambrină.

Vom reveni mai departe asupra valorii acestor pansamente.

Intr'un singur caz de fractură cominutivă am făcut osteosinteză. Situația găsită n'a fost încurajantă pentru alte cazuri.

Au fost unele cazuri la care ar fi fost foarte bine venite corecta aplicare a unei extensii continui.

Acolo unde a fost absolut necesară, a fost aplicată de noi, nu cu broșe, ci cu metode clasice cunoscute, broșele lipsind.

Cu privire la leziunile articulare, nu putem face prea multe considerații, de oarece n'au fost nici prea numeroase și nici felul leziunii prea complicat.

Ceea ce ne-a atras atențiunea a fost faptul că deși am avut articulații străbătute de proectile, n'au reacționat de loc sau foarte trecător, ceea ce ne-a făcut să nu intervenim decât în foarte puține cazuri.

Amputațiile. Deși numeroase cazuri păreau a fi susceptibile amputației, n'am executat-o decât în 8 cazuri. Acestea au fost cazurile în care nu se putea nimic altceva spera.

Au fost făcute două amputații de braț, 1 desarticulație de cot, două amputații de coapse, două amputații de gambă. 1 chopart.

E. **Răniri ale coloanei vertebrale și ale măduvei.**

Din această categorie au ajuns în serviciul nostru un număr de 4, care însă au fost imediat transferate în serviciul de strictă specialitate, afară de un singur caz unde proiectilul — glonte — intrat prin flancul stâng s'a oprit în corpul celei de a 5-a lombare, dând fenomene de compresiune din care cauză am intervenit pe cale abdominală, reușind cu multă dificultate să-l extragem. Acest caz face obiectul unei comunicări speciale.

F. **Combustii, contuzii și diverse alte localizări ale leziunilor.**

Combustii, 7; contuzii, 5; diverse localizări: penis, scrot, uretra, 3 = 15.

Combustiile au fost tratate cu diferite metode cunoscute, dar mai cu seamă am utilizat desitinul, care are o aciune și calmantă și emolientă foarte bună. Bolnavii rămâneau descoperiți sau acoperiți cu un simplu tifon, după aplicarea acestei pomezi. Rezultatele au fost foarte bune.

G. — **Leziunile nervoase ale nervilor periferici.**

Am avut în total un număr de 17 cazuri.

Iată cum se repartizează aceste cazuri: nervul median a fost lezat în trei cazuri; radial în trei cazuri; cubital în un caz; nervul marelui sciatic în trei cazuri; sciaticul popliteu extern în 3 cazuri; sciaticul popliteu intern în un caz; plexul brahial în un caz; nervul dentar inf. în un caz; nervul laringean în un caz.

D'ntre toți acești bolnavi cu leziuni nervoase periferice, numai doi au prezentat tablouri cauzalgice: unul cu leziunea nervului median și cubital și în același timp și lezarea arterei umerale, iar altul cu leziunea numai a nervului median.

Acești bolnavi prezintă leziuni relativ vechi și sunt recent sosiți în serviciul nostru. Li s'au făcut examenele necesare și în special electro-diagnosticul foarte minuțios și pentru moment sunt calmați cu o infiltrație de novocaină în simpaticul respectiv.

Dacă timpul ne va permite, vom interveni și la unul și la celălalt în focar, pentru a trata leziunea locală. In general însă, toți acești răniți cu leziuni nervoase au beneficiat de examen electro-diagnostic foarte minuțios, practicat de D-ra Peclitaru, căreia îi aducem mulțumirile noastre.

Foarte adesea am întâlnit numai leziuni cu totul parțiale. In aceste cazuri toaleta riguroasă a plăgii și apoi urmărirea ei pentru a înpiedeca orice supurațiune, începând devreme, injecții în doze progresive de stricnină, a dus la rezultate foarte bune. Timpul e prea scurt însă pentru a considera rezultatele definitive.

Acolo unde secțiunea era totală, după toaleta plăgii am practicat sutura.

Vitaminele Byla

VITAMINE LIPOSOLUBILE

Amunine (Vitamina A) concentrație nouă:

Soluție uleioasă per os, a 120.000 u. i. de cc.
5 până la 10 picături pe zi (în loc de 20 până la 60).
Soluție pentru spălături.

Irrasterine (Vitamina D)

Soluție uleioasă per os, a 0 mgr. 5 de Vitamină D. crstalizată pe cc.

VITAMINE HIDROSOLUBILE

Vitamina B^1 Byla

In comprimate a 1 mgr. = (500 u. i.) per comprimat drageifiat.
In fiole injectabile a 2 mgr. = (1000 u. i.) per 1 cc. de Vitamină B^1 cristalizată.
In fiole injectabile a 1 ctgr. = (5000 u. i.) per. 1 cc. de Vitamină B^1 cristalizată.

Vitamine C Byla

(Acid Ascorbic cristalizat natural)

Comprimate a 50 mgr.
Fiole injectabile a 100 mgr. = 2.000 u. i. per. cc.
Fiole injectăbile a 500 mgr. = 10.000 u. i. „ 5 cc.

ETAELISSEMENTS BYLA 26, AVENUE DE l'OBSERVATOIRE — PARIS — 14e

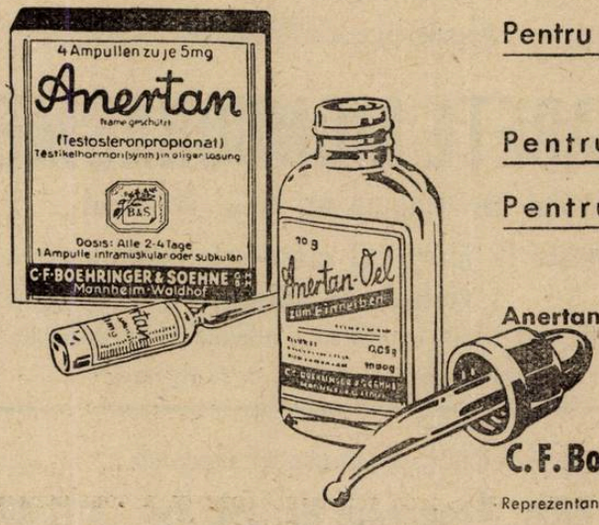
BUCUREȘTI, GEORGES VERGLAS Str. Precupeții Vechi No. 1

Anertan Anertan-Oel

intramuscular percutan

hormon sexual masculin

(propionat al testosteronului)



Pentru bărbați: în prostatism și astenii, în domeniul fizic, psihic și sexual.

Pentru femei: metroragii, mastopatii, prurit vulvar,

Pentru copii: în criptorhidie, infantilism, enureză, inapetență și lipsă de energie.

Anertan-fiole: 4 × 5 mg
4 × 10 mg
2 × 25 mg

Anertan-Oel:
10 g = 400 picături = 50 mg Anertan

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6**

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

Şi în aceste cazuri rezultatele nu pot fi definitiv apreciate.

Din cauza tabloului clinic, ar fi putut să treacă neobservate unele leziuni de acestea nervoase. Totuşi, noi am pus o deosebită insistenţă şi minuţiozitate în depistarea tuturor acestor leziuni. De aceea poate numărul de 17 apare mai crescut în alte statistici.

H. — Frecvenţa infecţiunii:

a) Cazuri de tetanos: niciunul. Toţi răniţii, indiferent dacă aveau sau nu menţionat pe fişă, vaccinarea.

b) Flegmoane gazoase. Un singur caz, depistat în momentul intrării în serviciu. Debridare largă şi ser antigangrenos în doze masive a dus la vindecare.

c) Gangrene gazoase: un singur caz de gangrenă survenită la un rănit care avea o plagă strivită cu fractură cominutivă la nivelul cotului. Gangrena s'a instalat după câteva ore dela amputaţie, deşi i s'a făcut ser antigangrenos masiv, rănitul a decedat cu fenomene de infecţie brutală.

Faptul că am avut numai două infecţiuni gangrenoase, se datoreşte, credem, aplicării preventive de ser antigangrenos în toate cazurile unde plăgile prezentau suspiciunea unei eventuale infecţiuni, adică era vorba de o plagă anfractoasă, profundă, etc.

I. — Hemoragiile secundare

In serviciul nostru propriu zis n'am avut decât două cazuri de emoragii secundare. Un caz de rănire a coapsei prin schijă, cu lezarea femuralei profunde. In al doilea, fractura supracondiliană deschisă, cu lezarea femuralei.

Unul din ei a sfârşit prin amputaţie, fiind vorba de o fractură cu pierdere mare de substanţă oasoasă, iar altul ligatură în focar, după ce în prealabil i se făcuse ligatura femuralei primitive, dar care nu pusese bolnavul la adăpostul unor noi emoragii.

Intrebuinţarea sulfamidelor am făcut-o pe o scară destul de întinsă, fără însă să abuzăm ca doze şi nici ca durată. Rezultatele n'au fost evidente decât în foarte puţine cazuri, unele dintre ele chiar grave.

Seroterapia a fost utilizată ori de câte ori împrejurările au impus-o.

Este mai cu seamă vie în amintirea noastră vindecarea unei septicemii sreptococice cu sero-terapie masivă şi antistreptococică.

Nu putem spune că n'au avut rol şi sulfamidele, deoarece concomitent cu sero-terapia, am administrat şi sulfamidele în doze apreciabile.

Transfuzia

Am recurs la transfuzii, e drept în puţine cazuri, dar la cine se impunea **în mod absolut. Am utilizat sânge** conservat şi direct dela donneur. Constatările sunt următoarele:

Remontarea rănitului este indiscutabilă, însă cu oarecare diferenţe în ceea ce priveşte natura sângelui. Sângele viu reanimă sub ochii noştri şi cu mai multă intensitate rănitul. N'am observat niciodată după sângele conservat acea rumeneală a feţei care survenea după o transfuzie dela donneur.

In privinţa extragerii corpilor străini, atitudinea noastră a fost aceea de a extrage în mod sistematic ori de câte ori am socotit că nu este o contraindicaţie formală, deoarece chiar proiectilele bine tolerate reprezintă motive de complicaţii pentru rănit.

Pansamentele ocluzive. S'ar părea că există oarecare dispută în stabilirea valorii pansamentelor ocluzive, şi a pansamentelor lăsate în aer liber. Nu se poate nega că n'au fost cazuri numeroase de eşec sau chiar urmate de complicaţiuni grave supuse unui tratament ocluziv. Nu se pate de asemenea nega că prin această metodă nu s'a obţinut câteodată rezultate surprinzătoare, mult superioare oricărei alte metode de tratament întrebuinţată. Din experienţa noastră de până acuma pe cazuri destul de numeroase, credem că divergenţa părerilor asupra valorii rezultatelor acestor pansamente stă în lipsa criteriilor stabile de indicaţie a acestor pansamente.

Fără a încerca aici să stabilim indicaţiile şi contra indicaţiile acestor pansamente, din cele constatate de noi pe un număr de 30 cazuri, socotim că duce la rezultate foarte bune în următoarele împrejurări:

1. In cazuri de plăgi cu pierderi mari de substanţă în suprafaţă, infecţiunea însă fiind stinsă, vindecarea este cu mult mai rapidă, iar natura cicatricei este din cele mai bune, mai cu seamă la nivelul articulaţiilor pe planurile de flexiune, unde se ştie cât de jenată este această cicatrice, când este de calitate rea, retractilă.

2) In plăgile profunde oricare ar fi pierderea de substanţă a părţilor moi şi chiar asociate cu fracturi cu condiţia ca să fi trecut faza de eliminare a părilor destinate fortificării şi cu infecţia atenuată, sau în plăgile recente care se pretează la o toaletă satisfăcătoare şi unde suntem puşi la adăpostul unei pululaţii microbiene, putând exista chiar o asociaţie de perdere osoasă. Umplerea acestei pierderi de substanţă se face într'un timp foarte scurt.

In afară de scurtarea timpului şi de calitatea vindecării, nu trebuesc neglijate şi considerentele economice şi de **o scutire de suferinţă în unele cazuri** a răniţilor, care se vindecă uneori după 2—3 pansamente.

Noi am întrebuinţat în aceste pansamente desitinul moale şi ambrina. Desitinul a fost superior în rezultate.

Ţinând seamă de indicaţiile mai sus amintite, noi n'am avut nicio complicaţiune la niciunul din aceşti bolnavi.

Recuperare. S'a încercat şi la noi crearea de centre de recuperare. Deşi au fost de durată scurtă şi deşi n'au fost prea populate, totuşi am putut face unele constatări, de care ar trebui să se ţină seamă în momentul când se are în vedere crearea de astfel de centre.

Intre numeroasele lucruri ce se pot discuta, vom releva o singură latură, aceea stării psihice particulare oricărui rănit. Suntem deprinşi să individualizăm la răniţi numai marile psihoze, neglijând complet pe cele aşa zise frustre, dar care devin foarte îngrijorătoare, într'un mediu de aşa zisă recuperare. La un moment dat avem în acest centru 40 răniţi. Deşi se ocupau îndeaproape de ei doi ofiţeri combatanţi, în afară de personalul medical, era absolut imposibil ca aceşti răniţi să poată fi stăpâniţi în cadrul unei bune discipline militare.

Noi medicii trebue să cunoaştem acest lucru atât pentru a lua măsuri de remediere, cât şi pentru stabilirea culpabilităţii, ţinând seama că aceşti răniţi pot ajunge în faţa tribunalelor

Ca în orice statistică, capitolul cel mai neplăcut, al mortalităţii, va încheia şi acest succint raport, după ce am desprins unele consideraţiuni la momentul potrivit.

La acest număr de 961 răniţi, am înregistrat o mortalitate de 11 cazuri, adică aproximativ 1%.

Iată cazurile mortale:

Leziuni toraco-pulmonare, dintre care unul mort la câteva ore dela internare 2.

Gangrenă gazoasă 1.

Fractura supracondiliană a femurului cu ruptura art. poplitee 1.

Hemoragii interne: 1 cu ruptura splinei prin coastă şi 1 ruperea pedicolului hepatic. Ambii au venit tardiv şi în stare f. gravă. Deşi s'a intervenit imediat, au sucombat 2.

Cel mai mare procent l'au dat leziunile intestinale, care au venit tardiv şi în plină peritonită 5.

Cifra mortalităţii este comparativ cu a altor servicii ceva mai ridicată, totuşi suntem convinşi că n'au murit decât cazurile de o gravitate excepţională, fie că a fost vorba dela început de o leziune gravă, fie că a fost o agravare din cauza întârzierii cu care au sosit unii dintre aceşti răniţi.

MEDICII PRENATALI ŞI FUNCŢIA LOR SOCIALĂ

de Dr. TRAIAN KOMOROVSCHI

Ştiinţa medicinii preventive a reuşit în ultimii ani, să preocupe lumea medicală, care se interesează de problemele de organizaţie sanitară.

Această ştiinţă pusă în serviciul omenirii de şcolile americane, câştigă teren şi în ţara noastră.

Cunoaşterea cauzelor împrejurărilor care determină producerea şi întinderea boalelor, au creiat o medicină nouă. Alături de ştiinţa de a vindeca, există ştiinţa de a preveni.

Acceptând concluziunile şcoalelor americane, fruct al experienţii pe teren, trebue să observăm că fără un personal temeinic pregătit, bine educat, nu e posibil nici un progres în sănătatea publică, deziderat care interesează personalul medical al statului.

Dintre serviciile medicale cari au o atingere mai mare cu problemele de medicină socială sunt şi serviciile prenatale.

1. — Necesitatea extinderii serviciilor prenatale

Aceste servicii n'au fost extinse în întreaga organizaţie a ţării, fie din cauza împrejurărilor, fie pentrucă nu li s'a cunoscut importanţa. Ele au fost considerate medicină de lux, părere care este nu numai greşită, dar şi profund dăunătoare.

In adevăr, în nici o ţară nu există o mai simţită nevoe de aceste servicii, pentru cunoscătorii problemelor de ocrotire materno-infantilă ca în ţara noastră. Aceste servicii sunt cel puţin tot atât de importante ca şi cele de puericultură şi în tot cazul mult mai necesare astăzi, decât cele de simplă medicină curativă.

Dacă puericultorul are a se ocupa cu greaua problemă a mortalităţii infantile, prenatalul trebue să se intereseze, atât de ocrotirea mamei, cât şi de a copilului, el fiind primul puericultor (puericultura intra uterină **Pinard**, intra şi neonatală). N'aşi putea evidenţia mai clar rolul medicului prenatal, decât citând două statistici: una privitor la mortalitatea maternă şi cealaltă la mortalitatea infantilă. Statisticile oficiale ale Ministerului Sănătăţii privitor la asistenţa la domiciliu a gravidelor şi mortalitatea lor, arată că în curs de 4 ani — 1932-1936 — au sucombat peste 12.217 mame, din cauza facerii, iar din aceste decese, 50% se datoresc infecţiei puerperale, 13% emoragiile, 5% eclampsiei şi altor boli din sarcină şi 11,7% avorturilor. **Deci 80 din cazurile citate, sunt datorite unor factori, pe cari medicina îi poate înlătura în largă măsură.** Este explicabilă această mare mortalitate maternă, dacă cunoaştem că în unele judeţe din ţară, 75% din facerile la domiciliu, sunt asistate empiric. Cum Statul nu are pentru asistenţa în maternităţi decât 1000 paturi, cari nu pot asigura — presupunând că femeia se spitalizează numai pe un termen de 10 zile — nici a zecea parte din totalul naşterilor dintr'un an, naşteri cari depăşesc media de 600.000, observăm că marea majoritate a mamelor, sunt obligate să primească la domiciliu o asistenţă empirică.

Mortalitatea noastră infantilă (20% din naşteri vii) scade sporul de populaţie la numai 12,5700, cu toată marea noastră natalitate.

Peste 112.000 copii mor în primul an al vieţii lor, iar din aceştia, 41,3% sucombă în prima lună 78% în primele 6 luni. Diagnosticul morţilor «debilitate congenitală» şi «turburări digestive» sunt suficiente să ne arate atât ignoranţa mamei, cât şi rostul medicului prenatal în combaterea acestui flagel naţional. Mortinalitatea în proporţie de 5% din faceri, este alt obiectiv de combătut de medicul prenatal.

D. Profesor T. Gane, în numărul 1/939, al Revistei de Medicină Infantilă, scrie: «Medicul nu mai e un izolat, funcţia lui socială ne obligă a lua contact cu toate realităţile vieţii paramedicale. In special problemele sociale îl ating în atâtea laturi, încat trebue să le cunoască şi uneori să le îndrumeze».

In cercetarea cauzelor marei mortalităţi infantile, între altele, d-sa citează: «ignoranţa şi lipsa de cultură a mamelor, totala lipsă de higienă în timpul sarcinei, facerei şi lăuzici.

Clinica obstetricală din Bucureşti, pe timpul cât a fost condusă de d. prof. Gheorghiu, se ocupa, pe lângă problemele de medicină curativă şi cu latura socială a ocrotirei mamei, proounând încă dinainte de războiu — 1913 — şi insistând asupra organizării azilelor de gravide (Revista Ginecologică şi Puericultură 1922), iar d. prof. **Marius Georgescu**, în cartea sa «Protecţia medico socială a maternităţii 1937», recunoaşte că este nevoe de o îndrumare în câmpul obstetricei şi spre câmpul vast al medicinei preventive şi sociale, atât de important, încât tinde tot mai mult să ocupe primul plan».

D. dr. **Banu**, în volumul său «Mari probleme de medicină socială» scrie: «Fiecare specialitate de medicină clinică, îşi are partea sa socială: obstetrică socială, psihiatrie socială. D-sa arată că factorii de mediu, economici culturali, etc., intervin cu un rol preponderent în boalele femeilor, iar sarcina, facerea şi lăuzia, au repercursiuni defavorabile organismului femeii şi noului născut. Aceste preocupări sunt consecinţa stărilor medico-sociale şi pe terenul practic, rămân achiziţii definitive în materie de ocrotire materno-infantilă, următoarele:

1. Influenţa nocivă a diferiţilor factori sociali, economici, profesionali, se exercită asupra mamelor şi descendenţilor lor. In consecinţă, medicul este chemat să combată acele influenţe nocive, care stau în posibilităţile lui. Incultura mamei fiind o primă cauză de mortalitate infantilă, sfaturile şi măsurile medicului pot aduce amelioare. El trebue să facă nu numai o ocrotire medicală, dar şi o ocrotire socială.

2. Opera de ocrotire infantilă nu poate fi aplicată util, decât dacă ea incepe cu ocrotirea mamei. Trebue, deci, să procedăm mai întâiu la organizarea ocrotirei mamei, dacă voim să ocrotim copilul, să începem a lucra **cronologic, logic şi ştiinţific.**

Dealfel d. dr. Banu scrie în: «Higiene Sociale» de l'enfance»: «Inainte de a vorbi despre copil, higienistul ca şi economistul, trebue să aibă în vedere mama. Higiena socialo-infantilă, fără de studiu prealabil al higienei sociale a maternităţii, nu se poate concepe. In adevăr mama şi copilul formează un tot, în epoca prenatală şi măsurile luate în favoarea unuia, servesc adese şi pe celălalt. Mai mult, chiar, toate împrejurările din viaţă anteconcepţională, intră în viaţa şi evoluţia ulterioară a copilului.

2. Câmpul de activitate al medicilor prenatali

Din numirea lor de servicii prenatale, s'ar părea că rolul lor este să se ocupe numai de consultaţiunile şi sfaturile ce trebuesc date femeilor gravidesi, aceasta pe un interval relativ scurt al sarcinei, în faza prenatală. La noi şi în actuala organizare sanitară însă, rolul lor este mult mai mare. In primul rând ele au rolul de a contribui, alături de alte instituţii şi mijloace de luptă, la ocrotirea mamei şi la ocrotirea copilului. Ocrotirea mamei o fac, diagnosticând, prevenind şi îndepărtând pericolele şi bolile cari complică sarcina şi facerea, **combătând astfel morbiditatea şi mortalttatea maternă.**

Ocrotirea copilului o fac prin toate aceste îngrijiri ce dau mamei, menţinând-o în stare de sănătate, pentru a-şi putea îndeplini atributele de mamă, pentru care i se dau şi toate instrucţiunile necesare şi ocroteşte copilul, prin combaterea bolilor sociale din

Perlatan

Foliculină dozată ponderal

Activ şi în doze mijlocii în tratamentul

INSUFICIENŢELOR OVARIENE

Comprimate cu 500 şi 1000 U. I.
Picături (1 ccm = 1000 U. I.)
Fiole cu 500, 1000 şi 10000 U. I.
Supozitoare cu 1000 U. I.

în turburările menopauzei:
Perlatan-Calcium

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

CALCITERAPIA FORTE
CALCITERAPIE BUCALA IMUNIZANTA

CALCOSTERIN

Intramuscular-Intravenos-Granule-Cachete

COMPOZIŢIA:

Injecţii
- Calciugluconic 10%
- Camfor cinamilat
- Colesterină, în soluţie apoasă

Granule şi Cachete
- Hexaphosphal de Calciu şi Magneziu
- Glicerophosphat de Colin
- Citrophosphat de Mangan
- Phenyl Formiat de Cinamil Cholesterină

Medicaţia calcică paranterală forte

STIMULENT AL REACŢIUNILOR BIOLOGICE DE IMUNIZARE

Tuberculoza, toate formele şi fazele

Stări de epuizare — Astenie — Cure de îngrăşare

Preventiv contra bolilor infecţioase

MEDICAŢIA BIOLOGICĂ A DISTONIILOR NEURO-VEGETATIVE
CU ACŢIUNE PRONUNŢATA ŞI ASUPRA SCOARŢEI CEREBRALE

AMPHOTONIN

SIMPLU ŞI COMPUS (BROMAT)

Vitamina B^1 — Palinia Sorbilis — Humulus Lupulus — Grataegus Oxyacantha — Passiflora Incarnata — Phenylmethylmalonyluree Bromuri de CA. LI. SR. etc.

TURBURARI ENDOCRINO - VEGETATIVE, NEVROZELE CARDIO-VISCERALE - NELINŞTE - ECZEME - PRURITURI DERMATOZE ATROFICE

MANIFESTAŢIUNI ARTRITICE - DURERI GASTRICE

Laboratorul **„ASFAR"** Gh. Stoicescu, Bucureşti, Str. Olari 11, Tel. 2.15.90—1.05.77

cursul sarcinei (sifilis, etc) şi a altor boli (eclampsia, albuminuria).

Se scade astfel mortinatalitatea care se ridică la un procent de 5% din totalul naşterilor. Combatem astfel **mortalitatea prenatală, intranatală şi neonatală.** Deşi uzez de citate şi scrieri româneşti, sunt obligat a arăta că, în Franţa, cel de al doilea congres internaţional de protecţie maternă şi infantilă, care s'a ţinut la Paris în 1922, acum 20 ani, sub preşedinţia lui **Paul Strauss**, problema organizării consultaţiilor prenatale, a prezentat o mare importanţă şi a făcut obiectul unui documentat raport al dr. **Devreigne**.

Problemele ce se pun prenatalului, definesc dublul său rol medical şi social.

A. Rolul medical

1. Prenatalul trebue să fie un **obstetrician** cu o cultură desăvârşită în specialitate. El trebue să supravegheze desvoltarea normală a sarcinei, să diagnostice şi să corijeze pe cât posibil prezentările vicioase, să previe dificultăţile distocliilor prin indicaţiile de tratament corespunzător formei şi gradului lor şi creind deci condiţii optime pentru facere.

2. Prenatalul trebue să fe un **ginecolog** pentru a putea diagnostica în prima jumătate a sarcinei, mai ales sarcina ectopică, fibromul şi sarcina, retroversiunea şi alte deviaţiuni uterine şi în fine, lăuzia patologică, sub toate formele ei.

3. El trebue să cunoască **medicina generală**, examinând antecedentele şi terenul gravidei şi făcând tot examenul visceral: pulmon, rinichi, cord, etc, bine înţeles cu ajutorul examenelor de laborator, sânge, urina, sputa.

4. El este primul **puericultor** pe teren. El începe opera de puericultură înaintea medicului puericultor specializat, pentrucă el previne **mortalitatea infantilă prenatală, intranatală şi neonatală.** Câteva exemple vor fi edificatoare: a) exemplu de combaterea mortalităţii infantile prenatale: Mama şi copilul, formând un tot, tratamentul aplicat mamei, în cursul sarcinei, foloseşte şi copilului. Tratând o mamă specifică, combatem mortalitatea infantilă prenatală mortinalitatea. b) exemplu de combaterea mortalităţii infantile intranatale: O bună asistentă medicală a facerii, evită mortalitatea infantilă intranatală. Deasemenea, îndepărtarea imediată a noului născut de mama tuberculoasă, evită contaminarea lui. Administrarea vaccinului B. G. G. prevenirea oftalmiei şi tetanosului noului născut şi aplicarea primelor reguli de alăptare în primele ore şi în primele zile după facere, e operă de prevenirea mortalităţii şi morbidităţii neonatale, operă de puericultură, care intră şi în sfaturile şi preocupările noastre medicale.

B. Rolul social

1. Medicul prenatal face operă de educaţie prin propagandă. Pe baza anchetelor sociale şi a fişelor efectuate la domiciliu de sora de ocrotire, medicul prenatal, are la dispoziţie studiul mediului social al gravidei (suntem obligaţi în această problemă să deschidem o paranteză referitoare la sora de ocrotire. D'spensarele noastre sunt lipsite de infirmiere vizitatoare şi surori de ocrotire, polivalente, care să deservească toate serviciile de specialitate ale dispensarului, şi care activează în aceiaşi rază socială: prenatale, puericultură, venerice, tuberculoză, etc. Până când şcolile de surori ne vor pune la dispoziţie numărul necesar de elemente şi, poate că graba să fie în dauna selecţiunei şi educaţiei lor profesionale, serviciile prenatale au întrebuinţat personal reeducat în sens social. Dintre problemele multiple ridicate, problema locuinţei, a alimentaţiei fiind în funcţie şi de alţi factori economici şi culturali, medicul nu poate acţiona direct, pentru a paraliza efectele lor nocive asupra sănătăţii mamei. Viitoarea organizare a **cantinelor materne**, va ajuta opera lor. El poate însă acţiona şi cu oarecare succes, pentru ca în starea de incultură şi ignoranţă, să dea sfaturi şi reguli de higienă mamei, privitor la sarcină, facere şi lăuzie, cum şi sfaturi de puericultură, fie scrise, fie orale. Prin infirmiera vizitatoare poate aplica medicina pe teren. Dacă nu s'a putut înfăptui legea de ocrotire a mamei şi a copilului şi nu s'au găsit mijloacele materiale pentru aceasta, nu înţeleg de ce până azi, în curs de 20 ani, nu s'au găsit la minister cel puţin broşuri cu sfaturi materne, nu s'a iniţiat educaţia mamei prin propagandă scrisă.

2. El poate supraveghia şi **asistenţa materială a gravidelor**, acordată prin asistentele sociale. Lucrând pe baze de anchete sociale şi fişe, întocmite de sora de ocrotire, medicul prenatal are la dispoziţie astfel un serviciu social: el supraveghează asistenţa materială a gravidelor, asistenţă astăzi deabia schiţată la noi în ţară, cu excepţia mamelor asigurate. Un principiu trebue însă statornicit şi anume: **femeia gravidă trebue considerată ca o dependentă de scurtă durată.** Ea trebue pusă în situaţia de a avea existenţa asigurată în ultimul timp al sarcinei şi lăuziei. Repaosul prenatal nu-l poate avea o gravidă lipsită de minimul necesar existenţei, obligată să muncească până începe durerile facerii, obligată să intre din munca zilnică în muncile facerii.

Anchetele dispensarului arată că este imperios necesar să căutăm a obţine o asistenţă materială limitată, a mamelor prolifice, din cartierele periferice, mame cu câte 6-8-10 copii, soţii din clasa muncitorilor. Statul este obligat să asiste şi familiile numeroase, baza biologică a naţiunei.

Iată obiectivele importante de atins în serviciile prenatale, iar îndeplinirea lor integrală depinde de medic, deşi Profesorul Budin scria: «Tant vaut le medicin ant vaut la consultation». Totuşi problema ocrotirei mamei şi copilului, la noi fiind un obiectiv naţional, el pasionează pe toţi medicii de ocrotirea maternă infantilă şi rezultatele obţinute în munca lor modestă încep să fie cunoscute.

In ţara noastră există un mic număr de servicii prenatale, unele datează de 10-12 ani, fapt care denotă că a existat preocuparea unei asistente prenatale dar nu a fost extinsă. Experienţa unei funcţionări de peste 12 ani ne-a condus la o complectă organizare. A trebuit să ţinem seama de necesităţile şi lipsurile organizaţiei noastre sanitare în materie de ocrotire maternă. A trebuit să întindem activitatea serviciului asupra celor 3 faze ale puerperalităţii: sarcina, facerea şi lăuzia, devenind **«servicii materne»**.

Aceasta s'a înfăptuit pentrucă:

1. Dacă am rezumat actualitatea numai la prima epocă a puerperalităţii am avut un început bun, chiar fericit, dar care a fost compromis, nefiind continuat de o bună asistentă natală.

2. Asistenţa medicală natală în ţara noastră nu poate fi acordată decât la 20—30.000 de faceri. Spitalele nedispunând decât de circa o mie de paturi pentru maternitate. Restul, marea majoritate a celor 600.000 naşteri se efectuiază la domiciliu în majoritate de empirice sau de moase oficiale, fără niciun control de specialitate.

3. Gravidele care primesc o asistentă medicală în spitale, nu-şi pot îngriji întreaga puerperalitate, ele fiind spitalizate pe un timp de 8-12 zile.

A trebuit deci să îngrijim lăuzele eşite din spitale şi să ne preocupăm de asistenţa la domiciliu cel puţin a gravidelor care frequentau serviciul.

Dispensarul prenatal a trebuit să complecteze lacune în oganizare. Ocrotiri mamei, dar în acelaş timp şi-a justificat existenţa, şi-a complectat activitatea, devenind dispensar matern.

Câteva măsuri, luate în Germania, pentru sporirea natalităţii

de Dr. I. COSMULESCU

Dacă secolul al 19-lea se poate caracteriza, din punctul de vedere demografic, printr'o creştere generală a populaţiei globului pământesc — dela 800 milioane, la începutul secolului până la peste 2 miliarde în 1900 — creştere datorită în bună parte unei sporiri a natalităţii, secolul nostru, în special pentru popoarele de veche cultură din occidentul, nordul şi mijlocul Europei, se evidenţiază printr'o scădere continuă a numărului copiilor născuţi.

De acest fenomen demografic nu a scăpat nici Germania. De aceea sporirea natalităţii este o preocupare de toate zilele a actualului regim din această ţară.

Natalitatea ajunsese, în momentul venirii lui la putere, la un nivel quasi-catastrofal. Din mai mult de 2 milioane de copii, cât se năşteau în Germania la începutul secolului nostru, numărul scăzuse treptat, ca să ajungă în anul 1931 sub un milion: dela o proportie de peste 35 la mia de locuitori, scăderea ajunsese la 14.7 la mie.

Acest fenomen, era considerat de ştiinta internaţională ca ineluctabil: cu resemnare, era încadrat între semnele ce prevedeau declinul popoarelor de cultură ale nordului.

Ideologia partidului naţional socialist nu împărtăşea însă acest punct de vedere. Ea considera scăderea natalităţii germane, nu ca o micşorare a capacităţilor fizice de proliferare ale naţiunei, ci ca un minus al dorului de viaţă, adus de vitregia împrejurărilor de tot felul.

Creşterea constantă şi continuă a natalităţii, observată după luarea conducerii de către actualul regim şi după măsurile instituite în acest scop, a dat dreptate acestui fel de a vedea. Fenomenul este cu atât mai interesant, cu cât pe lângă acţiunea pentru sporirea numărului de copii, se duce şi o vastă acţiune de selecţionare, unică în istoria speciei umane, care fatal, prin înlăturarea unora dintre eventualii genitori, aduce o scădere a numărului de descendenţi.

Insă necesitatea unei natalităţi dirijate şi selecţionate este astăzi un adevăr axiomatic. In adevăr, a propaga ideia «cât mai mulţi copii» este o eroare, atât timp cât nu se adaugă condiţiunea ca aceşti copii să fie sănătoşi.

Principiile mari ale acestei natalităţi dirijate şi selecţionate, sunt expuse pentru comunitatea germană de Fuehrerul însuşi în «Mein Kampf» pag. 446. Statul trebue să aibă grije ca numai cine este sănătos să procreeze şi invers, cine este sănătos, să-şi însuşească îndatorirea de a da statului cât mai mulţi copii. Dimpotrivă este o ruşine ca cei bolnavi sau deficienţi, să aducă pe lume copii. In sfârşit, descendenţa germană trebue ferită de amestecul cu sânge străin nearian, statul naţional socialist punând ca punct cardinal al vieţii, rassa.

Intru realizarea acestor deziderate o serie de legiuiri prohibitive sau coercitive au fost instituite. Astfel este «legea pentru evitarea descendenţilor ereditar bolnavi» dn 14.7.933, cunoscuta lege a sterilizării, «legea pentru apărarea sângelui şi onoarei germane» din 15.9.1935, una dintre cele 3 legi cunoscute sub numele de «legiurile dela Nuernberg», având ca scop să oprească încrucişarea germanilor cu persoane cu sânge nearian, «legea pentru apărarea ereditătii sănătoase a poporului german» din 18.10.1935, cunoscută sub numele de «legea căsătoriei sănătoase», prin care se institue obligativitatea certificatului prenuptial, în fine o serie de măsuri drastice contra oricăror tentative de prevenire sau întrerupere a sarcinei.

Pentru încurajarea căsătoriilor s'a făcut legea din 1.6.933, care între altele, prevede cunoscutul împrumut la contractarea căsniciilor. (Ehestandsdarlehen).

Corpul sanitar public, medici şi personal ajutător, este chemat prin «legea de unificare a serviciului sanitar» din 3.7.1934, complectată printr'o serie de regulamente, să dea un concurs covârşitor în aplicarea măsurilor acestor legiuiri. In adevăr, în afară de rezolvarea problemelor pur medicale ce derivă din ele, oficiul de sănătate (Gesundheitsamt), unitatea periferică a autorităţii sanitare, trebue, prin personalul său, să urmărească mişcarea populaţiei din regiunea respectivă, să încurajeze întemeerea de familii, să contribue la îmbunătăţirea soartei lor, în special a acelora cu copii mulţi.

Vom insista în restul acestei cronici asupra unor măsuri luate în scopul de a provoca o sporire a întemeerii de familii şi a numărului de naşteri.

Intâi câteva cuvinte asupra împrumutului la contractarea căsătoriilor. El se dă tinerelor perechi sănătoase, nevoiaşe. Valoarea lui se urcă până la 1000 R. M. Se rambursează în rate lunare de 1 la sută din valoarea lui, începând la 3 luni dela contractarea căsătoriei. Insă pentru fiecare copil născut viu, statul renunţă la un sfert din împrumut.

Dela înfiinţarea lui şi până în Septembrie 1940 s'au împrumutat 1.649.929 tinere căsnicii. Valoarea totală a sumelor împrumutate a întrecut un miliard de R. M. 1.592.950 sferturi au fost iertate de stat pentru copii născuţi vii.

Dintr'o statistică făcută pentru intervalul de timp din Iunie 1933 şi Decembrie 1937 s'a constatat că perechile împrumutate au avut 135.000 de copii mai mult decât se putea deduce din natalitatea căsniciilor neîmprumutate. Rezultă deci că perechile împrumutate sunt cu 25 la sută mai prolifice decât cele fără împrumut, ceeace demonstrează că această măsură nu se mărgineşte să favorizeze numai întemeierea de familii, ci ea sporeşte şi numărul copiilor.

Pentru familiile dela ţară s'au instituit, pe lângă aceste împrumuturi la contractarea căsătoriei şi altele, pentru a le ajuta să-şi înjghebeze cele necesare gospodăriei (Einrichtungsdarlehen şi Einrichtungszuschuss). Din 1938, data aplicării lor şi până la sfârşitul anului 1940 s'au acordat 137.858 asemenea împrumuturi s'au avansuri de instalare, în valoare de aproape 82 milioane R. M.

Dar în afara măsurilor legislative, o vastă acţiune de lămurire şi de propagandă se desfăşoară în slujba acestor idei. Incepând cu şcoala, la vârsta când subiectul este accesibil elevilor, trecând, în orele de educaţie politico-socială, prin lagărele «Serviciului Muncii» pe care orice tânăr înainte de armată şi orice tânără trebue să-l presteze, ajungând în ateliere şi în fabrici, în întrunirile organizate de partid, în fine în orice împrejurare, nu este pierdut prilejul de a explica necesitatea acestei politici demografice, de a insista asupra obligaţiunii pe care fiecare o are de a dărui copii sănătoşi patriei, de răspunderea pe care fiecare german de astăzi o are faţă de evoluţia viitoare, în secole, a comunităţii germane.

Literatura, filmul, presa cotidiană, revistele dau un concurs asiduu; revistele ilustrate exploatează, cu măestrie, latura sentimentală a chestiunei. Ne vine în minte un exemplu din multe altele, anume numărul de Sărbători a revistei «Signal» de care desigur mulţi dintre cetitori îşi amintesc şi în care se arată, în fotografii comentate, sosirea corespondenţei pentru soldaţi, undeva, pe front.

Karl primeşte şi el o scrisoare, pe

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6–10 comprimate pe zi.
Copii dela 5–12 ani:	3– 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2– 5 ani:	1– 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½– 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

Estetica Feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SĂRĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de

Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**

Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții intramusculare în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existență
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute și cronice** *la copii și adulți,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Pentru literatură și eșantioane a se adresa reprezentanței generale București, str. Regală No. 10. Etaj. Telefon 3.78.66

care începe s'o citească, continuând a mușca din felia de pâine cu unt. Dar subiectul devine din ce în ce mai interesant: o observăm după mimica lui Karl, de pe seria de fotografii și din faptul că lasă la o parte mâncarea... In ultima fotografie, o explozie de bucurie și un strigăt: «Un băiat»! Karl era anunțat că devenise tată.

Din bogatul material de propagandă sunt interesante planșele editate de «Comitetul Reichului pentru serviciul sănătății publice» (Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst) pe cât de ingenios concepute și bine executate, pe atât de demonstrative și sugestive. Ele sunt larg răspândite și servesc uneori și ca material de proectat în conferințe.

Vom căuta să descriem câteva.

Iată planșa intitulată: Care este numărul de copii necesar pentru menținerea națiunii? Ni se arată că din câte una sută băeți și una sută fete — în total două sute persoane — mor până la maturitatea sexuală 26 băeți și 21 fete; 11 bărbați și 16 femei rămân neînsurați sau nemăritate. Din 200 de persoane deci, nu întemeiază căsnicii decât câte 63 de bărbați și femei. Din acest număr de căsătorii, 5 se desfac prin moarte sau divorț iar 8 rămân fără copii. Rămân deci pentru cele 200 de persoane dela punctul de plecare numai 50 de căsnicii; pentru a menține constant numărul de populație, urmează ca fiecare căsnicie să aibă cel puțin 4 copii. O creștere a populației nu intervine decât dacă măcar unele dintre aceste menajuri au cel puțin 5 copii.

O altă planșă, intitulată «Din isvorul de viață al muzicii noastre germane» ne arată că Schubert a fost al 12-lea născut din 14 frați; Loewe ultimul din 13; Bach al 8-lea din 12; Händel, ultimul din 10 copii; Weber și Wagner ultimii din 9; Mozart ultimul din 7; Schumann al 5-lea din 6 frați. Concluzia se impune dela sine: dacă părinții acestor compozitori s'ar fi mărginit la un număr mic de copii, omenirea ar fi fost lipsită de aceste 8 genii muzicale, de care oricare german este, cu drept cuvânt, mândru.

Dar și alți mulți oameni mari germani aparțin familiilor numeroase. O aflăm din alt tablou din care, omițând pe compozitorii de mai sus și citând numai pe cei cu glorie internațională, vedem că Duerer și Klopstock au avut 18 frați; Gellert și Koch 13; Haydn, Leibniz și Lessing 12; Bruckner 11; Arndt, Fichte, Gall și Liebig 10; Kant și Ranke 9; Bluecher, Luther și Kleist 7; Beethowen, Bismark, Boelcke și Goethe 6; Schiller, Buerger și Wieland 5.

O altă planșă cată să miște altă coardă simțitoare a sufletului german. Ea se intitulează «Puterea armată a națiunii este asigurată de familiile cu mulți copii sănătoși». Ea înfățișează, cu portrete pentru fiecare membru al familiei arborele genealogic al unei modeste familii — soțul țesător, soția spălătoreasă — care cu munca lor anevoioasă au crescut 12 băeți și o fată. Băeții, înfățișați în uniformele lor militare, au fost cu toții soldați în războiul trecut; la rândul lor, au întemeiat familii bogate în copii.

Cu litere mari stă scris pe această planșă că statul național-socialist are ca punct cardinal al politicei sale demografice grija pentru propășirea familiilor prolifice.

In adevăr ele sunt favorizate printr'un șir nesfârșit de măsuri: scăderi de impozite, precădere în obținerea de funcțiuni, acum, în vreme de război, precădere în obținere de locuințe sau de personal de serviciu, etc.

Unele orașe, ca de exemplu Berlinul, au instituit pentru familiile numeroase, care persistă în prolificitatea lor un fel de distincțiune, năsie de onoare (Ehrenpatenschaft) consistând într'o sumă de bani, 20-30 R. M., care i se servește lunar, chiar dacă acest ajutor nu este necesar. In acelaș timp orașul are pentru aceste familii și copiii lor (Patenfamilien și Patenkinder) o grijă specială.

Din August 1936 s'a luat măsura ca familiile care au trei sau mai mulți copii, dar care n'au un venit anual mai mare decât 8.000 R. M. să primească dela Stat un ajutor, pentru copii. (Kinderbeihilfen). El constată într'o sumă lunară de 10 R. M. pentru cel de al treilea sau al patrulea copil, de 20 R. M. pentru cel de al cincilea și următorii.

Aceste ajutoare nu se restituie.

In primul an al aplicării acestor ajutoare, numărul de copii ajutați a fost de aproximativ 300.000; în anii următori, concomitent cu creșterea nașterilor de altfel, numărul ajutoraților a sporit, ajungând la aproape 3 milioane în 1940. Bani cheltuiți de Stat în acest socp, dela 1936 până la finele lui 1940 se ridică la suma de mai mult de un miliard și 81 milioane R. M.

In anul trecut 1941 — s'au ajutat cel puțin 5 milioane de copii pentru care s'a cheltuit aproximativ 600 milioane R. M.

Dar în afară de aceste ajutoare lunare sunt prevăzute încă din Oct. 1935 și ajutoare ocazionale, date odată pentru totdeauna, precum și din 1938, și ajutoare pentru învățătură (Ausbildungsbeihilfen). Din prima categorie s'au dat din 1935 până la finele lui 1940, 1.099.479, în valoare de peste 322 milioane R. M., din a doua categorie dela Aprilie 1938 până la sfârșitul lui 1940, 289.214, totalizând aproape 50 milioane R. M.

In sfârșit o serie întreagă de comitete, asociații, oficii și institute sunt la dispoziția familiilor numeroase pentru a le da îndrumările cele mai variate și sprijinul cel mai eficace.

Iar de curând (Oct. 1941) asociația «Deutsche Familie» și-a instituit o secțiune de cercetări al cărui obiect este de a găsi soluțiile cele mai nimerite pentru rezolvarea problemelor demografice, pentru studierea cu ajutorul tuturor metodelor pe care știința le pune la îndemână, a condițiunilor ființării și propășirii familiilor germane, bogate în copii.

Trebue să vorbim în fine și despre «Asociația Reichului a celor bogați în copii» (Reichsbund der Kinderreichen) care oferă familiilor prolifice cu sănătoase predispoziții ereditare fizice și psihice, o «carte de onoare» (Ehrenbuch) instituită chiar dela luarea puterii de către actualul regim, spre a cinsti familiile, care împotriva concepțiilor și zeflemelelor din acele vremuri, perseverau în a avea o descendență numeroasă. Dar această înaltă prețuire atrage și înalte datorii. Și tocmai către aceste familii distinse cu «cartea de onoare» se face acum, în vreme de război un călduros apel, de a fi la înălțimea menirei lor național-biologice și de a continua prin nașterea de copii, să fie exemplul familiilor mai timorate.

Și acum, ca încheere, să vedem ceace s'a realizat prin conlucrarea acestor măsuri.

Din primul an, 1934, nașterile au crescut dela sub 1.000.000 la 1.200.000, dela 14,7 la mia de locuitori, la 17 la mie; creșterea s'a menținut și pentru anii următori, mai puțin intensă însă. In 1939 s'au născut (Austria și Țara Sudeților inclusiv) 1.633.249 copii, corespunzând la 20,3 la mia de locuitori. In 1940, deși în război, numărul nașterilor a fost încă mai mare, 1.644.752 corespunzând la 20,4 la mie.

Rezultatele sunt frumoase; excedentul de populație este de aproximativ o jumătate de milion anual; el este datorit însă și faptului că durata medie a vieții a crescut. Ca urmare se prevede pentru anii următori o creștere a mortalității; apoi sunt și vor mai fi încă și victimele războiului. Un excedent real și durabil, după calculele făcute, nu poate fi decât dacă natalitatea ajunge la nivelul de 25 la mia de locuitori.

Până la înfăptuirea acestui țel, care se speră că va fi atins în cele 2 decenii viitoare, problema demografică cu toate rezultatele obținute, rămâne încă pe planul întâiu al preocupărilor conducătorilor celui de al 3-lea Reich.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Şedinţa comisiunei centrale pentru prevenirea şi combaterea bolilor sociale

La Ministerul Sănătăţii a avut loc, sub preşedinţia d-lui profesor dr. Petre Tomescu, ministru al muncii, sănătăţii şi ocrotirilor sociale, şedinţa comisiunii centrale pentru prevenirea şi combaterea bolilor contagioase.

Au participat d. dr. I. Stoichiţia, secretar general; d-nii profesori dr. M. Ciuca şi Iuliu Moldovanu şi d. medic colonel dr. Căpitanovici.

După ce s'a luat cunoştinţă de statistica bolilor contagioase din care reese că situaţia, cu toate condiţiunile legate de evenimentele actuale, este relativ mulţumitoare şi în urma discuţiunilor ce au avut loc, s'au luat următoarele hotărîri:

I. *Bolile sociale*

Având în vedere că bolile sociale şi în deosebi tuberculoza, bolile venerice şi maladiile de nutriţie găsesc în împrejurările actuale condiţii care favorizează extinderea şi agravarea lor urmează ca lupta contra acestor boli să fie întreprinsă cu toată energia într un cadru coordonat şi după un program de acţiune întocmit în toate amănunţimile.

Acest rol a fost atribuit comisiunii centrale pentru prevenirea şi combaterea bolilor contagioase în care scop s'a hotărît a fi completată cu specialişti necesari şi anume:

1. Pentru tuberculoză d-nii conferenţiari dr. Marius Nasta şi dr. L. Daniello.

2. Pentru bolile venerice d. prof. dr. St. Nicolau.

3. Pentru bolile de nutriţie, d. conferenţiar dr. Juliu Niţulescu.

4. Pentru medicina socială d. dr. Gh. Banu.

II. *Alimentarea cu apă a oraşelor*

1. Să se generalizeze şi permanentizeze controlul de laborator al alimentării cu apă a oraşelor.

2. Să se aplice de urgenţă toate măsurile de ordin igienic menite a înlătura posibilităţile de contaminare.

3. Să se stabilească normele necesare pentru controlul şi funcţionarea, din punct de vedere igienic, a uzinelor şi instalaţiilor de alimentare cu apă a oraşelor. In acest sens s'a dat delegaţie Institutului de Igienă de sub conducerea d-lui prof. dr. I. Moldovan, să redacteze un proect de regulament.

4. Să se facă intervenţiile necesare pentru a se organiza învăţământul ingineriei în domeniul sanitar.

Serviciul medical şi farmaceutic în Transnistria

Cum a fost organizat Serviciul sanitar şi farmaceutic în regimul sovietic, nu ştim încă în amănunte. Cercetările în această problemă sunt în curs. Ştim însă cum am găsit Transnistria din acest punct de vedere.

A fost desigur mizerie, mizerie multă şi de tot felul. Serviciul sanitar era doar la început, iar materialul farmaceutic era original şi unele articole de calitate inferioară. Pe lângă aceasta mai vin şi condiţiile aspre ale războiului. Situaţia din punct de vedere sanitar era deci cât se poate de neferică. Totuşi datorită primelor intervenţii făcute de Serviciul sanitar al Armatei, lucrurile s'au îndreptat.

El a dat primul ajutor medical necesar populaţiei şi a făcut tot ce i-a stat în putinţă pentru împiedicarea epidemiilor, mai ales cea a tifosului exantematic.

După îndepărtarea frontului, autoritatea românească de aici, a pus pe primul plan activitatea sanitară.

D. Prof. G. Alexianu, Guvernatorul Transnistriei, chiar din primele zile a dat o deosebită importanţă acestei probleme, înfiinţând o Direcţie Medicală a Guvernământului, pusă sub conducerea d-lui Maior Dr. Tătăranu, şef de sector la Institutul de Igienă din Capitală.

La Odesa, s'au redeschis clinicile universitare şi dispensarele, unde, profesorii universitari, — în majoritate din cei cu studii făcute sub regimul ţarist, — (unii cu studii de specializare în străinătate), lucrează cu plăcere, colaborând cu medicii români, la marea operă de asistenţă întreprinsă de Guvernământ.

Grija principală care a preocupat autorităţile de conducere, a fost în primul rând combaterea preventivă a epidemiilor. Munca întreprinsă a fost încununată de succes, în urma controlului regulat şi extrem de riguros care a fost ordonat.

Populaţia a fost vaccinată şi cazurile de epidemii, relativ rare, au fost imediat izolate.

S'au ţinut mereu în evidenţă sub control medical sever centrele de aglomerare a refugiaţilor, precum şi lagărele de prizonieri.

Dar, paralel cu dirijarea şi activitatea Serviciului Sanitar, s'a văzut şi necesitatea imperioasă a organizării Serviciului Farmaceutic.

Până să fie puse la punct farmaciile publice, Guvernământul a aprovizionat farmaciile depe lângă fiecare spital, cari au satisfăcut nevoile urgente ale populaţiei, eliberând gratuit medicamentele necesare bolnavilor.

Astăzi, întreg, comerţul farmaceutic din Transnistria a trecut asupra Guvernământului şi este exercitat prin Direcţia Farmaciilor.

Toate farmaciilor au fost inventariate. S'a adunat întreg mobilierul şi vesela necesară. Farmaciile distruse de bolşevici au fost reparate, înzestrate cu mobilier necesar şi în parte au fost puse în stare de funcţionare. In prezent, numai la Odesa funcţionează 12 farmacii, apoi la Tiraspol, Balta, Ananiev, etc. pentru ca treptat, treptat, în fiecare capitală de judeţ, precum şi în centrele mai importante, să-i-a fiinţă câte o farmacie.

Ordonanţa Nr. 36 din 10 Ianuarie crt. dată de Guvernământul Transnistriei prevede organizarea şi reglementarea comerţului farmaceutic. Prin această ordonanţă, comerţul farmaceutic este un drept rezervat exclusiv Guvernământului, iar exercitarea lui nu se va putea face decât cu autorizare.

Toate farmaciile din cuprinsul Transnistriei, sunt proprietatea Guvernământului, iar organizarea şi administrarea lor, precum şi reglementarea comerţului farmaceutic se vor face de către Guvernământ prin Serviciul Sanitar, Direcţia Farmaciilor.

Farmaciştii şi întregul personal de administraţie şi conducere al Farmaciilor existente, sau a celor care se vor înfiinţa, sunt funcţionari ai Guvernământului şi gestionari de mărfuri.

Pe lângă Guvernământ se înfiinţează un Depozit Central Farmaceutic, prin care vor fi aprovizionate toate farmaciile cuprinse pe teritoriul Transnistriei.

Medicamentele şi specialităţile ruseşti cu cari publicul era obişnuit, vor fi înlocuite în cea mai mare parte cu produse farmaceutice româneşti, bine cunoscute la noi în ţară, iar atunci, când posibilităţile vor permite, Guvernământul îşi va crea un laborator.

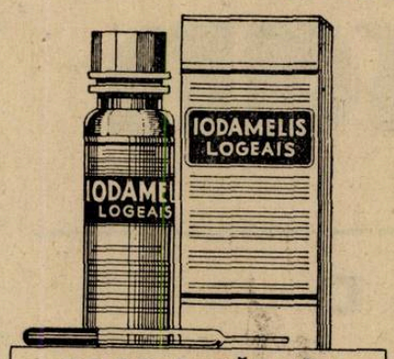
Pentru o bună şi grabnică realizare a acestui frumos plan de asistenţă socială, atât de necesar pentru regiunea transnistriană în care bolşevicii n'au lăsat nimic bun, se simte o mare nevoie de farmacişti români cu experienţă, pricepuţi şi muncitori, cari, să procedeze imediat pe teren la desăvârşirea acestei organizări, şi în special controlul sistemului ce-a fost preconizat de Guvernământ.

Ei, după directivele necesare, vor da ritm de viaţă nouă, şi alături de farmaciştii băştinaşi, vor crea şi vor desăvârşi, pe lângă comerţ, noua industrie farmaceutică din Transnistria.

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



20-50 PICĂTURI
la cele două mese

•

MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

•

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

•

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII

2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

•

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•

FORMULA „F"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-foliculină	40 U. I.

FORMULA „M"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

In comprimate drageifiate

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

DEPOZIT PERMANENT

„DROGUERIA STANDARD" S. A. R., BUCUREȘTI I. Str. Sf. Ionică No. 8.

fabrica de produse chimice
gedeon richter

Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69.03

Un singur mijloc pentru combaterea gripei și a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

VITAMINA A+D

XEROSTERIN

SOLUȚIE ȘI TABLETE

Soluție (1 cc. = 30.000 U. vitamină A. și 10.000 U. vitamină D).

Tablete (1 tabletă = 3.000 U. vitamină A și 1.000 U. vitamină D).

SYNTHOESTRIN

Fiole și tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4.4' Dipropionil - oxi - alfa beta - Dietil-Stilben.

Acțiune identică cu a hormonului folicular.

Una fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 unități internaționale hormon folicular cristalizat.

La dureri

QUADRONAL

SIGUR * EFICACE * BINE TOLERAT

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI

RUBIAZOL

CHIMIOTERAPIA ATOXICĂ ŞI FĂRĂ ACCIDENTE, A STREPTOCOCIILOR, STAFILOCOCIILOR, MENINGOCOCIILOR ŞI COLIBACILURIILOR SIMPLE ŞI ASOCIATE

PREVENTIV ŞI CURATIV

Erisipel — Septicemie — Bacteriemie — Gripă — Scarlatină
Pneumonie — Broncho - Pneumonie — Pleuresie — Angine —
Strepto - Difterie — Otite—Mastoidite — Meningite — Flegmoane —
Dermatite — Pielonefrite — Cistite — Colibaciloze.

NICI O TOXICITATE

COMPRIMATELE

sunt singure suficiente, aproape în toate cazurile.

Adulţi: 6—12 pe zi.
Copii: Jumătate doză.

FIOLE

de 5 cc. = 0 gr. 25, sunt injectabile exclusiv pe cale intramuschiulară.

Adulţi: 2 — 3 pe zi.
Copii: Jumătate doză.

In afecţiunile cu caracter grav, se pot administra doze de 15—20 comprimate pe zi, fără nici un inconvenient.

COLLUBIAZOL

Soluţie hidro-glicerinată de Rubiazol 5 %

Colutoriu pe bază de Rubiazol, pentru tratamentul local al infecţiunilor streptococice ale mucoaselor.

CÂTEVA INDICAŢIUNI:

ANGINE roşii, purulente, pseudo - membranoase
STREPTO-DIFTERII. INFECŢIUNI RINO-FARINGIENE. STOMATITE. GINGIVITE. CERVICITE. VAGINITE ULCERAŢIUNILE COLULUI UTERIN.

NICI O IRITAŢIE — ACŢIUNE CURATIVĂ RAPIDĂ

Modul de întrebuinţare:

Instilaţiuni nasale. 2—3 picături în fiecare nară.
Gargarisme: 1 linguriţă la ½ pahar cu apă.
Pensulaţiuni: ale faringelui, amigdalelor şi gingiilor.
Spălături vaginale: 1 lingură la 1 litru de apă.
Badijonări ginecologice.

Laboratoires du Dr. ROUSSEL - PARIS

Eşantioane şi Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, Bucureşti III — Telefon 2.21.38.

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XX No. 4 — 15 Lei Exemplarul — 15 Februarie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ

APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECAREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu St., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNII SIBIIU

Un an de activitate la Ministerul Sănătăţii

SUMARUL:

Pagina

I. Activitatea în domeniul organizării sanitare: 1. *Problema cadrelor medicale şi de personal sanitar necesare organizaţiei sanitare a Statului şi practicei medicale*; 2. *Situaţia bunurilor Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale*; 3. *Amenajarea şi dotarea clădirilor sanitare*; 4. *Ameliorarea situaţiei personalului sanitar*; 5. *Sporirea personalului sanitar*; 6. *Plasarea instituţiilor şi a personalului refugiat*; 7. *Organizarea sanitară a Basarabiei şi Bucovinei*; 8. *Organizarea profesională*; 9. *Organizarea Administrativă*; 10. *Învăţământul sanitar şi de ocrotire*; 11. *Necesitatea unei colaborări strânse între toate instituţiile sanitare ale ţării şi între toţi medicii*; 12. *Problema farmaciilor* 45

II. Activitate şi realizări în domeniul medicinei preventive: 1. *Consiliul superior al sănătăţii*; 2. *Contact direct cu serviciile sanitare exterioare*; 3. *Prevenirea şi combaterea epidemiilor*; 4. *Combaterea bolilor sociale*; 5. *Igiena şcolară*; 6. *Alimentarea cu apă potabilă*; 7. *Dispensariile mobile*; 8. *Organizarea preventivă* . . . 50

III. Activitate şi realizări în domeniul medicinei curative: 1. *Progresele realizate de spitalele Statului*; 2. *Organizarea spitalelor pentru răniţi*; 3. *Inzestrarea spitalelor din Basarabia şi Bucovina*; 4. *Aprovizionarea cu materiale sanitare*; 5. *Echipele volante de chirurgie* 51

IV. Activitate şi realizări în domeniul ocrotirilor sociale . . 52

In leucoree

Devegan

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Restabilire rapidă a condiţiunilor biologice normale.
Foarte eficace şi în colpitele cu trichomonas.
Curat şi simplu de întrebuinţat.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86

Inaltă precizie terapeutică, chiar și la acele maladii la care o exactă stabilire a etiologiei și a felului maladiei nu este posibilă decât după o observație mai îndelungată.

Combizym

PREPARAT DE ENZYME DIGESTIVE MULTIVALENTE

TURBURĂRI DISPEPTICE de cele mai diverse origine

DISPEPSIE DE PUTREFACȚIE, indicanurie.

TURBURĂRI ALE DIGESTIEI GRĂSIMILOR la insuficiență biliară, icter, etc...

DISPEPSIE DE FERMENTAȚIE cu consecințele ei:
(Meteorism, indispoziții cardiace, turburări ale somnului.
Enterite de origine neclară.
Turburări de digestie la CURĂ DE REGIM.

SLĂBIREA PANCREASULUI

Insuficiențe digestive generale și post-operative.
Turburări pancreatice la îmbolnăviri biliare persistente.

ÎMBOLNĂVIRI ALE PIELEI

ca urmare a turburării proceselor digestive

ÎN RECONVALESCENȚĂ

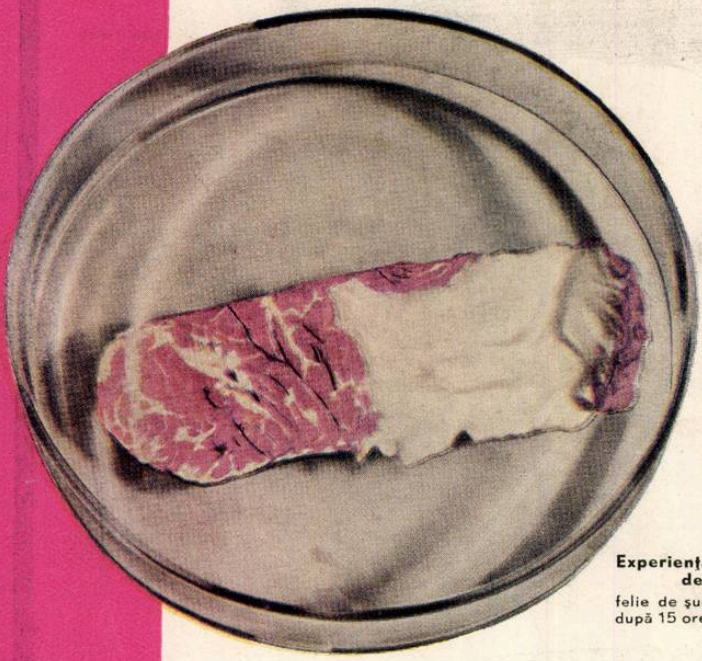
la LIPSĂ DE POFTĂ DE MÂNCARE precum și la CURA DE ÎNGRĂȘARE pentru folosirea optimă a nutriției.

AMBALAJ ORIGINAL CU 30 DRAGEE

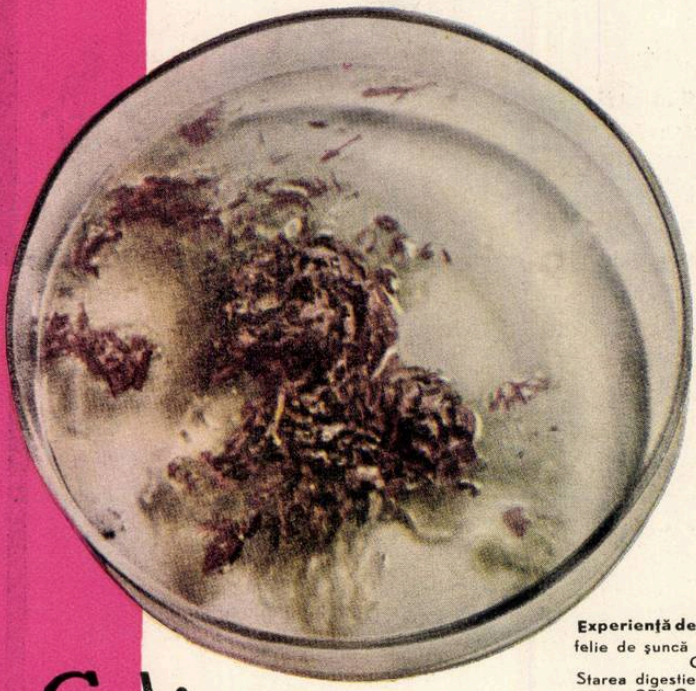
„Combizym este de o deosebită valoare ca terapeutic cauzal precum și ca terapeutic de substituire, este un progres evident și o achiziție nouă în tratamentul turburărilor tubului digestiv".

Dr. M. EUTENEUER, „Münchener Medizinische Wochenschrift" 1939, No. 21

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
STR. SF. IONICĂ, 8—BUCUREȘTI, I



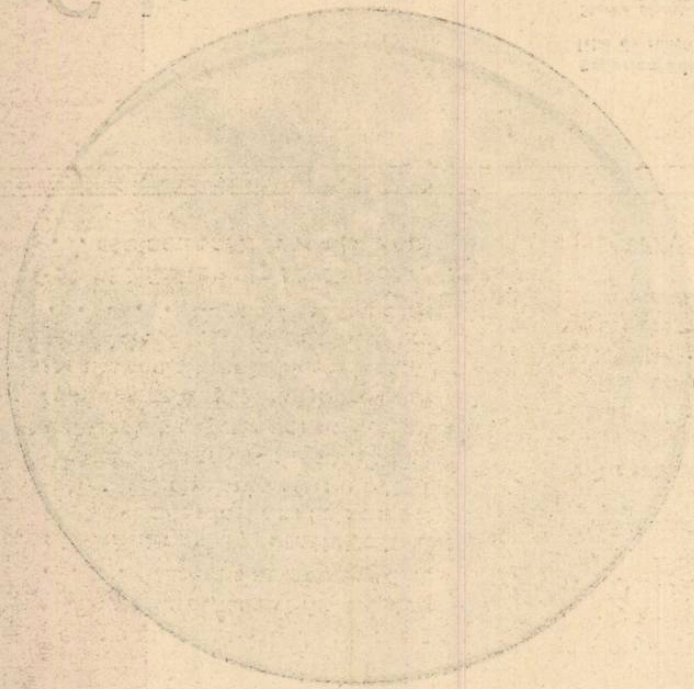
Experienţă de control:
felie de şuncă în apă după 15 ore la 37° C.

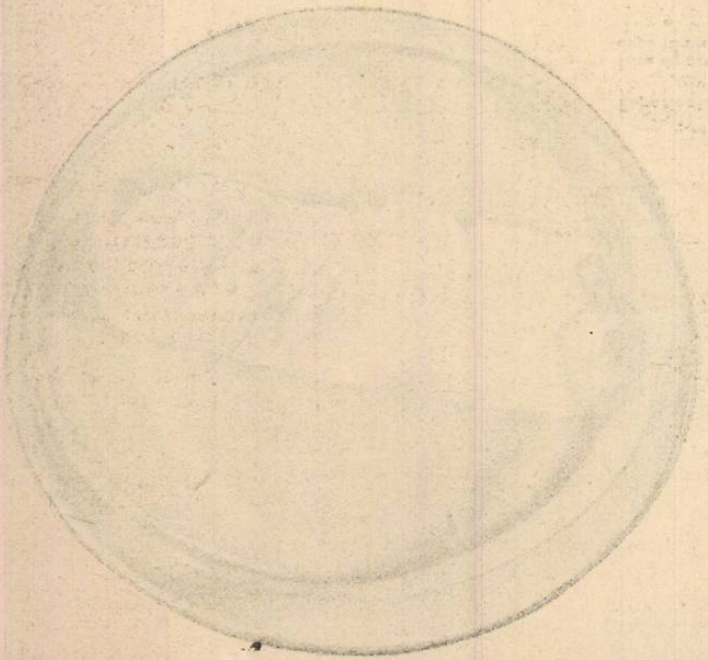


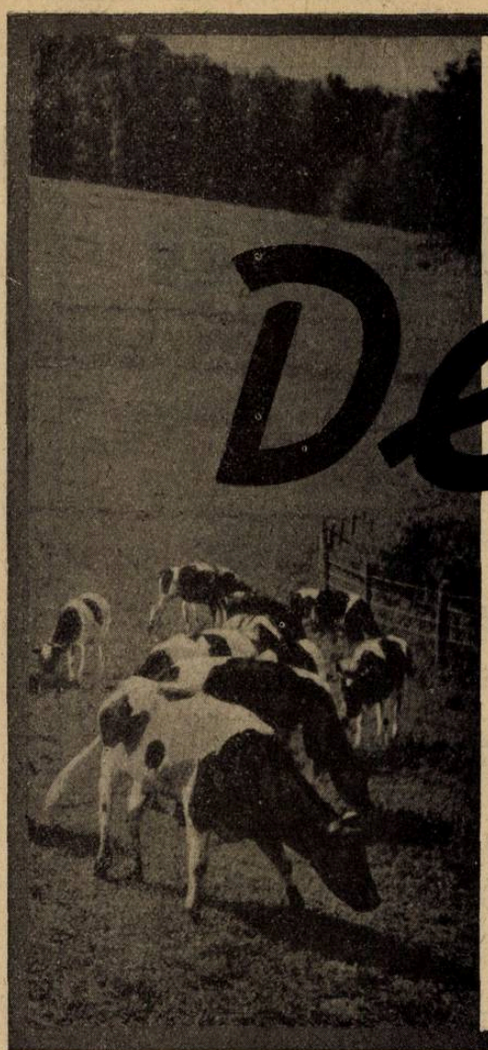
Experienţă de digestie:
felie de şuncă cu Combizym. Starea digestiei după 15 ore la 37° C.

Combizym

Preparat de enzyme digestive multivalente







PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

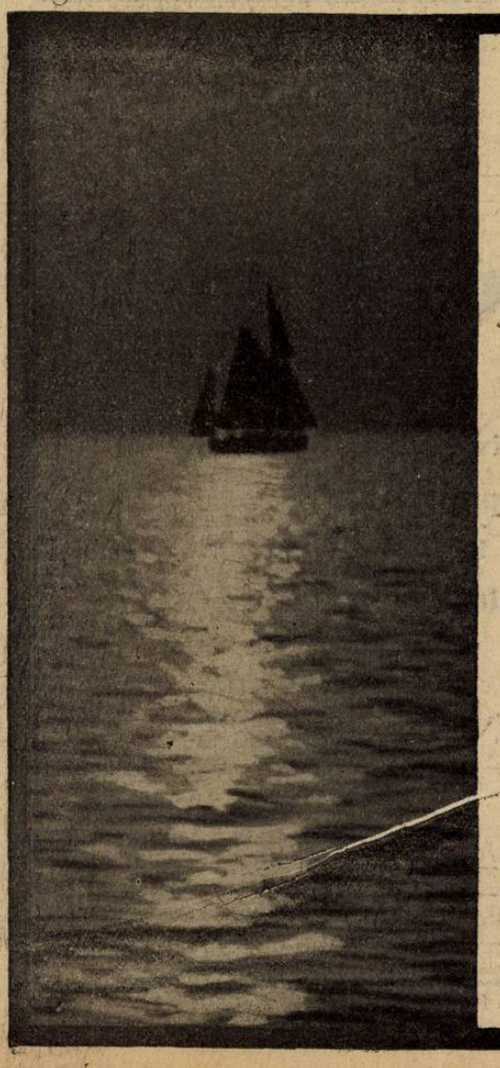
conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



Liniștea noaptea

fără turburări consecutive a stării generale prin

NOCTAL

Tuburi cu 10 comprimate de 0,20 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6.

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Chimioterapia perorală a blenoragiei se face prin ALBUCID

Ambalaje originale:
Tuburi cu 20 tablete conținând 0,5 g
Ambalaje pentru clinică cu 500 tablete
Albucid pentru injecții:
Cutie cu 5 fiole de 5 cmc.

simplu:
4 ori zilnic câte 2–3 tablete după masă

scurt:
durata tratamentului este de 4–5 zile

cu succes:
cota vindecării se urcă la cca 90 %

*nevătămător:**
Din zeci de mii de cazuri nu s'a observat ni ci-o vătămare

* Desintoxicația care precedă parțial în corp. prin acetilizare la alte sulfonamide, la Albucid aceasta este anticipată. Totuși acetilizarea la Albucid este astfel executată încât, în contrast cu combinația inactivă acetilică ce ia naștere în corp, s'a obținut un preparat cu acțiune terapeutică simțitor mărită.

Schering

SCHERING A. G. BERLIN
Biroul științific București, Str. Clémenceau No. 6.

Contra hemoragiilor în obstetrică și ginecologie

GRAVITOL

Uterostiptic sintetic cu acțiune electivă, uniformă, rapidă și persistentă asupra uterului. Fără efecte secundare. Bine tolerat per os, subcutanat și intramuscular.

Cutii cu 3 și 10 fiole de 1 cmc.

Ambalaj cu 20 drageuri de 0,02 gr.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. București I, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86

Anul XX No. 4 15 Lei Exemplarul 15 Februarie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Un an de activitate la Ministerul Sănătăţii

de Profesor Dr. P. TOMESCU
Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale
şi
Inspector General Dr. I. STOICHIŢIA
Secretar General al Ministerului

Trecând un an de când ni s'a încredinţat conducerea ministerului sănătăţii şi ocrotirilor sociale, am socotit că suntem datori a înfăţişa, în forma unui scurte dări de seamă, opiniei publice medicale, activitatea depusă şi realizările obţinute în timp de un an la acest Departament.

De la început trebue să arătăm că realizările Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în cursul acestui an, au fost prea mici faţă de marile nevoi sanitare ale ţării şi faţă de dorinţa noastră de a înfăptui cât mai mult şi de a inova cât mai temeinic.

De aceia, notând sumar ceeace s'a putut face, vom cauta să schiţăm şi realizările pe cari le mai socotim absolut necesare, ca şi directivele generale de desvoltare ale acţiunei sanitare viitoare.

Luând conducerea Ministerului Sănătăţii la 27 Ianuarie 1941, în condiţiuni dificile, am socotit că nu puteam avea veleitatea, în epoca în care ne aflam, de a întreprinde pentru sănătatea publică chiar dela început, acea reformă fundamentală de mult aşteptată, ci trebuia să mărginim acţiunea noastră în primul rând la efortul de a asigura bunul mers al aparatului sanitar al Statului, făcând faţă cât mai bine, nevoilor mari pe cari ni le punea situaţia creată de război şi de marile greutăţi ale epocei actuale.

Cu toate acestea, acum la sfârşitul unui an de guvernare, inventariind eforturile depuse la Departamentul nostru, va trebui să constatăm nu numai că organizaţia noastră sanitară a putut face faţă tuturor grelelor împrejurări prin care a trecut ţara, dar că s'au putut realiza în domeniul sănătăţii publice şi o serie întreagă de îndreptări, de ameliorări şi de reforme, ce credem că vor marca o epocă însemnată în evoluţia organizaţiei noastre sanitare de Stat.

Vom expune în cele ce urmează, bilanţul de activitate şi de realizări în diversele sectoare ale Departamentului în anul expirat, căutând să evidenţiem realizările mai însemnate care s'au putut îndeplini în domeniul **organizării sanitare, al medicinei preventive, al asistenţei curative şi al ocrotirilor sociale**, realizări cari s'au urmărit mai ales în mediul nostru rural, în scopul final «de a transforma ordinea sanitară atât de înapoiată a satelor noastre», precum a preconizat în cuvântarea sa din 2 Februrarie 1941 d-l Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului.

In tot ce a realizat Departamentul Sănătăţii, s'a avut ca obiectiv principal satul românesc, adevăratul rezervor biologic al naţiunei şi chezăşia sigură a trăiniciei în veacuri a neamului românesc. Punctul de gravitate al preocupărilor Ministerului Sănătăţii, s'a deplasat spre mediul rural, căutându-se a se introduce nu numai o asistenţă medicală cât mai corespunzătoare, ci asigurându-se în acelaşi timp o vastă acţiune în domeniul preventiv şi în domeniul asistenţii şi ocrotirilor sociale.

I. Activitatea în domeniul organizării sanitare

Activitatea în acest domeniu a trebuit să fie vastă şi multilaterală, pe de o parte din cauza marilor lipsuri găsite de noi şi pe de altă parte din cauza nevoiei de a adapta organizaţia preexistentă la împrejurările actuale.

Lipsurile iniţiale de cari ne-am lovit priveau nu numai insuficienţele de personal, datorită golurilor mari în cadre şi relei repartiţiuni, cum şi inechităţilor de salarizare şi fixărilor greşită aproape totală a unui inventar şite de atribuţiuni; nu numai insuficienţei de instituţiuni, datorită unei slabe organizări şi dotări, dar şi o abraţional, a unor evidenţe a personalului şi instituţiilor aparţinând Ministerului, fără de cari nu se putea avea o vedere clară de ansamblu şi de detaliu a acestor insuficienţe.

La aceste lipsuri iniţiale în organizaţie, evenimentele sociale ale anului trecut, determinate de starea de război, cutremur, mişcările de populaţi refugiate, etc., au adăugat imense greutăţi ce trebuiau învinse, prin neîncetate adaptări ale organizaţiei noastre sanitare de Stat la nevoile momentului

Cea dintâi preocupare a noastră, în momentul când am luat răspunderea conducerii acestui Departament, a fost de a avea o **inventariere** cât mai exactă a tuturor aşezămintelor şi instituţiunilor de care dispunea organizaţia noastră sanitară de Stat şi particulară, cum şi o **evidenţă a întregului personal tehnic** de care dispuneau aceste instituţii şi profesiunea medicală. Această preocupare ne-a determinat să abordăm întreaga problemă a cadrelor medicale şi de personal sanitar, necesară organizaţiei sanitare a Statului.

1. Problema cadrelor medicale şi de personal sanitar necesare organizaţiei sanitare a Statului şi practicei medicale

Această problemă nu a fost niciodată abordată până în prezent şi de aceia s'a ajuns la situaţia actuală în care cadrele de personal medical sunt incomplecte şi în mare măsură neadaptate la nevoile organizaţiei sanitare a Statului.

Neexistând nici o coordonare între activitatea Facultăţilor de Medicină, şi Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Universitatea ignora nevoile ţării, iar Statul nu a intervenit la timp pentru a formula în mod categoric necesităţile sale în ceeace priveşte numărul medicilor şi specializarea lor.

Pentru a face şi prezenta o situaţie exactă a necesarului, ne trebuiau o serie de date pe care autoritatea publică sanitară, nu le avea nici la centru, nici la serviciile sale regionale şi locale.

Din această cauză a trebuit să facem în primul rând recensământul medicilor pentru a cunoaşte exact pe ce personal tehnic putem conta,

a) *Recensământul medicilor*

Organizând temeinic acest recensământ, l-am putut înfăptui în ziua de 15 Martie 1941, în întreaga țară.

Datele recensământului au relevat o serie de fapte pe cari le bănuiam, fără să putem aprecia în mod exact nici întinderea și nici gravitatea lor.

In primul rând avem un număr prea mic de medici, în raport cu populația țării: 5.671 medici români și 661 alți medici arieni pentru 13.008.000 locuitori. (Populația din 1940).

Prin urmare am avea o proporție de un medic la 2.054 locuitori.

O problemă și mai gravă o constitue repartiția cu totul inegală a medicilor în țară. Se constată o enormă aglomerație a medicilor la orașe și în special în capitală, în contrast cu un număr foarte mic, în mediul rural.

Astfel la București avem un medic la 212 locuitori, la Sibiu 1 medic la 161 locuitori. Iar în mediul rural: în județul Teleorman — un medic la 11.539 locuitori; în județul Vlașca: un medic la 12.101 locuitori.

b) *Randamentul Facultăților de Medicină*

Prima concluzie logică a acestor constatări a fost de a se mări randamentul Facultăților de Medicină solicitându-le să primească un număr mult mai mare de studenți ca în trecut.

Pentru a determina numărul de medici necesari țării, trebuia să plecăm dela cadrele medicale actuale.

După datele recensământului se găseau la 15 Martie 1941, un număr de **3.377 medici în serviciile publice** ale Statului și 761 medici în cadrele active ale Armatei.

Aproximativ 6,5% din medicii oficiali părăsesc anual funcțiunile lor prin pensionare, demisie sau deces. Pentru a-i înlocui ne trebuesc deci aproximativ 270 medici noui în fiecare an.

In Iunie 1942, cele 3 Facultăți de Medicină au dat numai 211 medici, deci un deficit de 59 medici. Dar Facultățile noastre de medicină nu trebue să urmărească numai formarea medicilor pentru păstrarea cadrelor actuale, cari sunt cu totul insuficiente, ci sunt datoare să prepare un număr mult mai mare de medici. In adevăr desvoltarea organizației noastre sanitare este o imperioasă necesitate de Stat și ea nu se poate asigura de cât printr'o sporire importantă a numărului actual de medici.

In Octombrie 1940 s'a făcut un progres important în această direcție, întrucât s'au primit în cele 3 **Facultăți de Medicină 1.000 de studenți, în** loc de 500 câți se primise în 1939.

In Octombrie 1941 s'au înscris 800 de studenți, iar în Octombrie 1942, în conformitate cu dispozițiile ce s'au luat, acest număr se va mări.

Cu aceste măsuri, cari din nefericire au întârziat prea mult, se va asigura în viitor posibilitatea desvoltării și organizării serviciului nostru sanitar în raport cu nevoile Statului și ale Neamului Românesc.

c) *Problema specializării medicilor*

Dacă problema formării medicilor a fost lăsată în răspunderea Facultăților de Medicină atât calitativ, cât și numeric, aceia a specializării nu a constituit niciodată o preocupare temeinică pentru autoritatea sanitară.

Din această cauză, specializarea medicilor s'a făcut după criterii strict individuale, cari nu au corespuns cu nevoile generale ale organizării sanitare.

Faptul l-am semnalat de mult cerând să se facă un recensământ al medicilor. El s'a realizat abia la 15 Martie, iar datele adunate au demonstrat o serie de anomalii cari trebuesc îndreptate, întrucât s'a dovedit că nu avem numărul de specialiști necesar țării.

Prin legea sanitară din 1930 s'a dat Facultăților de Medicină sarcina de a organiza învățământul de specialitate. Această însărcinare nu a putut fi îndeplinită decât pentru specialitatea stomatologiei.

O măsură urgentă se impune întrucât actualul război, pe de o parte, ne-a demonstrat lipsa specialiștilor, iar pe de altă parte, organizația sanitară a Statului nu se poate complecta din cauza acelorași lipsuri.

Astfel din 60 județe ale țării au în prezent:

— servicii de obstetrică 31 județe
— » » puericultură 19 »
— » pentru izolarea și tratarea boalelor venerice 17 »

Chiar dacă împrejurările ar permite să creiem acum toate serviciile cari sunt absolut necesare organizării sanitare, nu am avea posibilitatea să o facem din cauza lipsei de specialiști.

Pentru a se putea forma specialiștii de care Statul are nevoie pentru înfăptuirea planului de desvoltare al serviciilor de specialitate în fiecare județ, Ministerul Sănătății se vede obligat să-și ia sarcina specializării.

In acest scop, dorim să adoptăm metoda experimentată în trecut, aceia a **specializării prin stagiul de secundariat,** unificând acest concurs sub egida Ministerului Sănătății și înființând **locuri noui, în raport cu numărul de** specialiști pe care îl socotim necesar pentru fiecare specialitate.

Credem că este absolut **necesar să** formăm oamenii capabili de care se simte nevoie și pe măsură ce ei își vor putea lua sarcina conducerii, se vor creia serviciile de specialitate a căror lipsă se resimte foarte mult.

d) *Controlul actualilor specialiști*

Problema specializării nepreocupând organele sanitare, ea a fost rezolvată de fiecare medic în conformitate cu dorințele și interesele sale. De aceia am ajuns la situația intolerabilă de astăzi când titlul de specialist nu corespunde întotdeauna unei pregătiri profesionale temeinice.

Aceasta duce la situații dificile în practica medicală particulară și chiar în organizarea instituțiilor publice, cum este în caz de mobilizare, când medicii sunt utilizați în raport cu declarațiile lor.

De aceea s'a hotărît, să se procedeze la **revizuirea tuturor medicilor cari au declarat că sunt specialiști** la recensământul din Martie 1941. Comisiuni formate din oameni de știință vor proceda la această revizuire, menită să pună ordine în profesiunea noastră, dând titlului tot prestigiul pe care-l merită.

e) *Legea pentru selecționarea cadrelor medicale*

O bună și veche tradiție a medicinei românești, a fost aceia a selecționării cadrelor medicale prin **examene și concursuri.**

In modul acesta, cei mai buni studenți ai Facultăților de Medicină, intrau în filiera concursurilor încă din timpul școlarității, ca externi și interni, continuând în urmă să se prezinte la concursurile de medici secundari și medici primari, înaintând astfel o evoluție frumoasă pentru ei și foarte utilă pentru instituțiile noastre sanitare.

Această tradiție oricât de bună era, a fost deseori contrariată și uneori brutal violentată.

Deaceia am crezut absolut necesar să facem o **lege de unificare a metodelor de selecționare** a corpului medical de toate categoriile și pentru toate instituțiile publice și particulare, cari primesc subvențiuni dela Stat, județe sau comune.

In modul acesta se deschide în fața studenților și a medicilor tineri un singur drum: al muncii devotate pentru știință și pentru bolnavi; o singură preocupare: a pregătirii serioase în domeniul profesiunei ce și-au ales;

Gardénal

PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE

EPILEPSIE
CONVULSIUNI
STĂRI NERVOASE
INSOMNII REBELE

IN TUBURI DE COMPRIMATE
DE 0 GR. 10, 0 GR. 05 & 0 GR. 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

un singur ideal: de a ajuta la înălţarea ţării prin ştiinţa fiecăruia pusă în serviciul neamului.

Pentru ca studenţii în medicină să poată avea o pregătire practică serioasă se vor **înmulţi foarte mult numărul locurilor de externi şi de interni** în toate spitalele din cele trei centre universitare. Şi pentru a pune la adăpost de grijile materiale pe cei mai buni studenţi ai Facultăţilor, **s'a sporit salariul externilor la 4.800 lei lunar şi al internilor la 6.000 lei lunar**, pe lângă locuinţă şi întreţinere.

Concursul de externat se dă după 2 ani de studii medicale şi cel de internat după 2 ani de externat.

In vederea unei bune pregătiri practice, **studenţii în medicină cari nu sunt externi sau interni**, sunt obligaţi conform regulamentului care s'a promulgat, să facă în cursul verii un **stagiu de 3 luni** la spitalele şi serviciile sanitare ale Statului.

Pentru medici, indiferent de evoluţia pe care o preferă şi o aleg, în conformitate cu legea ce pregătim, trebue să se prezinte la examenele şi concursurile prevăzute pentru fiecare categorie.

Intenţionat sau întâmplător, pentru o mulţime de servicii sanitare şi medicale nu erau prevăzute examene şi concursuri, în legile în vigoare.

Numirile se făceau după criterii personale şi după aprecieri subiective, cari s'au dovedit, deseori, — eronate. Pentru a înlătura aceste situaţii, am prevăzut în noua lege, **examene şi concursuri pentru toate locurile de medici civili**, indiferent de Departamentul sau autoritatea de care depind.

Ceva mai mult, am extins aceste prevederi şi pentru aşezămintele particulare cari primesc subvenţii dela Stat, judeţ sau comună, întrucât este drept ca personalul lor medical să fie selecţionat după cele mai severe criterii.

Sunt convins că prin aceste prevederi legale se va stimula foarte mult activitatea ştiinţifică şi pregătirea profesională a tinerelor generaţii de medici.

Pe lângă aceasta, spiritul lor de independenţă nu va mai fi contrariat şi nici umilit, solicitând şi acceptând servicii pentru cari nu au avut ocazia să facă dovada capacităţii sau pentru cari nu au pregătirea necesară.

Prin această lege prin care se prevăd norme unitare şi obligatorii de selecţionare pentru toţi medicii, se dă instituţiilor sanitare siguranţa că vor avea un personal medical bine pregătit, iar medicilor li se dă prestigiul şi independenţa spirituală de cari au nevoie pentru exercitarea nobilei lor profesiuni.

Pentru a duce la aceste rezultate, legea va trebui aplicată integral şi total.

Sperăm că aşa se va face, întrucât autoritatea care n'ar aplica-o, şi-ar lua o grea răspundere, iar medicul care ar accepta călcarea legii ar face o gravă eroare care l-ar urmări în toată evoluţia sa.

f) *Anuarul medicilor şi al organizaţiei sanitare a Statului*

Datele atât de interesante şi de utile ale recensământului, constituind un material atât de necesar tuturor instituţiilor publice, au fost strânse în «Anuarul Medicilor», care a apărut în volum în cursul anului 1941.

«Anuarul» a fost complectat printr'o altă lucrare, tot atât de utilă, cuprinzând întreaga organizare sanitară a Statului.

Aceste două volume reprezintă oglinda fidelă a profesiunei medicale şi a organizaţiei sanitare.

Ele sintetizează situaţia actuală şi posibilităţile virtuale ale profesiunei medicale.

2. Situaţia bunurilor Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale

La preluarea răspunderii acestui Departament am găsit o situaţie neclară a bunurilor pe care le administra şi poseda Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale. Astfel, lipsea un inventar al acestor bunuri, multe nu intraseră în posesiunea Ministerului, altele în fine erau contestate şi disputate în justiţie, de particulari.

Am căutat să facem ordine şi în acest domeniu reuşind să avem un inventar complect al tuturor bunurilor Ministerului Sănătăţii, cu specificarea situaţiei lor juridice şi de fapt. Am recuperat unele averi provenite din donaţii şi testamente: 536 ha. terenuri arabile în jud. Romanaţi şi Dolj şi 45 ha. în alte judeţe, 8 imobile mari, legate în valoare de 12.000.000 lei, etc. Am intervenit la Ministerul Domeniilor pentru comasarea terenurilor agricole şi studiem actualmente posibilitatea legală a exploatării micilor bunuri agricole date instituţiilor sanitare şi circumscripţiilor rurale, în vederea unui randament real.

3. Amenajarea şi dotarea clădirilor sanitare

Stricăciunile produse de cutremurul din Noembrie 1940, ne-au obligat să refacem în prima etapă de lucru a anului 1941. clădirile deteriorate în foarte multe regiuni ale ţării.

Creditul de 46.000.000 lei obţinut în Februarie-Martie, de 18.000.000 lei în Iulie şi de lei 38.000.000 obţinut în Octombrie, ne-au permis să întreprindem şi să executăm o mare parte a acestor lucrări urgente, în valoare totală de 102.000.000.

In a doua etapă de lucru, ocupându-ne de terminarea unei întregi serii de clădiri sanitare începute în anii trecuţi şi rămase neterminate şi expuse deteriorării, am isbutit să obţinem prin larga înţelegere şi bunăvoinţă, a domnului Mareşal Antonescu un credit special de 62,500,000 lei, care ne-a permis să începem şi această lucrare importantă.

Din bugetul ordinar al Ministerului, s'au executat în decursul anului lucrări de construcţie, amenajări şi reparaţii la diferite instituţii sanitare şi de ocrotire în valoare de 101.000.000 lei, în afară de lucrările care s'au executat din fondurile proprii ale instituţiilor, precum şi din contribuţia diferitelor autorităţi locale.

Tot din bugetul ordinar al Ministerului, am achiziţionat pe seama acestor instituţii animale de transport în valoarea de 964.000 lei; vehicule pentru 600.000 lei; maşini agricole pentru 770.000 lei.

4. Ameliorarea situaţiei personalului sanitar

Situaţia rea materială a personalului sanitar şi mai ales a medicului rural, a fost una din cauzele cari au determinat goluri în personalul serviciilor noastre exterioare şi au micşorat randamentul de muncă al lor.

Profitându-se de măsura luată de guvern pentru îmbunătăţirea salarilor şi armonizarea lor, s'a reuşit să obţinem o mai dreaptă remunerare pentru diversele categorii de salariaţi ai Ministerului, corectând inechităţile de salarizare din trecut.

Din cauze independente de voinţa noastră, salarizarea medicilor rurali nu a putut fi sporită astfel încât ea să constitue o justă remuneraţie a muncii lor şi o puternică atracţie pentru fixarea medicilor în mediul rural.

Soluţionarea acestei probleme a rămas deschisă, sperând că ea va putea fi rezolvată la întocmirea bugetului pe anul 1942/1943. Cu acest prilej dorim ca atât în ierarhia morală, cât şi în ordinea materială, medicul rural să ocupe un loc de cinste, la care are dreptul atât prin îndelungata sa pregătire universitară, cât şi prin serviciile reale pe care el le aduce în viaţa socială.

Pentru a se ameliora, cu un moment mai de vreme şi într'o mică măsură, salarizarea insuficientă a medicilor rurali, Ministerul de Finanţe a acordat o primă de reşedinţă de 2.000 lei lunar tuturor medicilor cari îşi au re-

ședința în comune rurale.

Un număr de 457 dintre ei, cari desfășoară activitatea lor în regiuni sărace, unde practica profesională este foarte mică, prima de reședință este de 4.000 lei lunar.

Condițiunile economice rele ale timpului de față, ne-au impus grija ocrotirei funcționarilor noștri de toate categoriile. Casa de Credit a Ministerului și-a sporit activitatea în toate domeniile, acordând în acest an împrumuturi eftine, avantagii și avansuri în valoare de 69.154.955 lei și contribuind cu peste 7.000.000 lei la creiarea unei cantine și a unui oficiu de aprovizionare pentru funcționari.

5. Sporirea personalului sanitar

Reala îmbunătățire a salariilor ne-a permis în acest an, să complectăm personalul technic la serviciile neocupate, numind 246 medici și farmaciști noui.

Prin bugetul anului 1941/1942, s'au înființat 50 posturi noui pentru medici de circ. rurală; 30 de posturi de medici primari de specialitate; 10 medici șefi de laborator; 50 medici secundari; 50 infirmiere; 20 surori de ocrotire; 24 revizoare de ocrotire; 11 medici igieniști; 36 surori de caritate; 100 moașe; 146 agenți sanitari și 100 personal de serviciu.

In afară de aceasta prin concursurile ținute s'au recrutat un număr de 70 medici secundari pentru chirurgie, 60 medici secundari pentru medicină internă și în acelaș timp s'au mai recrutat tot prin concurs — 46 interni de spitale.

In Februarie 1941, ni s'au pus la dispoziție un număr de 241 medici stagiari militari, cari au fost repartizați pentru serviciu în mediul rural, iar în Octombrie 1941, ni s'au repartizat 71 medici stagiari militari cari au fost trimiși în Basarabia și Bucovina, recucerită, pentru a complecta organizația sanitară din aceste provincii activând cu deosebire în lupta de combatere a epidemiilor.

6. Plasarea instituțiilor și a personalului refugiat

O problemă dintre cele mai dificile a fost plasarea personalului sanitar refugiat din Transilvania și Dobrogea, precum și reînființarea unui număr însemnat de instituții de asistență medicală și de ocrotire evacuate din aceste provincii.

Prin muncă perseverentă, printr'o reciprocă înțelegere și bunăvoință și prin reale sacrificii din partea Statului, s'a reușit a se plasa toți refugiații din provinciile evacuate, încadrându-i la instituțiile și serviciile din țară, unde au fost utilizați în conformitate cu nevoile serviciului și cu pregătirea lor profesională. La fel am reușit să reînființăm un număr însemnat de instituții sanitare mai importante din teritoriile cedate, încadrându-le în viața sanitară din noul lor cerc de activitate. Amintim aici reînființarea Institutului de Cancer din Cluj care și-a reînceput activitatea la Sibiu; Spitalul de ortopedie «Regina Maria» din Cluj, care s'a reînființat la București; Institutul de surdo-muți din Cluj reînființat la Sibiu; Laboratorul regional de Igienă din Oradea Mare reînființat la Arad; Institutul Surorilor de ocrotire din Cluj, reînființat la Arad, etc.

Un ajutor deosebit s'a dat de către Ministerul Sănătății clinicilor Universitare din Cluj care s'au mutat vremelnic la Sibiu. O parte a Clinicilor s'au plasat în localurile Ministerului Sănătății din această localitate și datorită acestei colaborări înțelegătoare, Facultatea de Medicină din Cluj a putut să-și reia activitatea fără prea mare întârziere, contribuind la pregătirea viitorilor noștri medici.

O contribuție însemnată la reinstalarea Facultății de Medicină Clujene la Sibiu, a adus Ministerul Sănătății prin acordarea unor însemnate cantități de materiale sanitare, aparate medicale, instalații de laborator și diferite efecte de spital, datorită cărora Clinicile și Laboratoarele instalate la Sibiu și-au putut relua activitatea lor didactică și științifică cu un ceas mai devreme.

7. Organizarea sanitară a Basarabiei și Bucovinei

Incă înainte de începerea operațiunilor militare care au dus la desrobirea Basarabiei și Bucovinei, Ministerul Sănătății a pregătit toate lucrările în vederea organizării sanitare a acestor provincii, întocmind bugetele necesare, repartizând personalul și materialele sanitare și elaborând principiile în vederea unei cât mai bune reașezări a serviciilor sanitare din aceste provincii ale țării.

Grație fondurilor acordate de Ministerul Sănătății și grație marilor cantități de materiale sanitare ce s'au trimis imediat după înaintarea trupelor, marile spitale și instituții au putut fi renovate și puse în stare de funcțiune, în mai puțin de 30 zile dela eliberarea Basarabiei și Bucovinei. Medicii trimiși în aceste provincii, riguros selecționați, au desfășurat o activitate științifică și profesională mai presus de orice laude.

8. Organizarea profesională

In ceeace privește organizarea profesională a medicilor, prin instituirea de comisii interimare compuse dintre cei mai reprezentativi și mai capabili profesioniști, Colegiul Medicilor a început o nouă viață animată de un spirit constructiv și ferită de lupte și neînțelegeri, care în trecut au dăunat atât de mult corporațiunei medicale.

De comun acord cu organizațiile Județene ale Colegiilor medicale, am studiat organizarea corporațiunei medicale în cadrul noului Stat corporativ românesc, urmând ca propunerile prezentate să fie luate în considerare la elaborarea reformei de organizare a Statului.

9. Organizarea Administrativă

Pe linia fixată de Conducătorul Statului și în cadrul studiilor documentare întreprinse de Președinția Consiliului de Miniștri, în scopul unei mai bune și mai unitare organizări a administrațiilor centrale și exterioare a Departamentelor, Ministerul Sănătății a întocmit un ansamblu de lucrări asupra structurei corpului funcționăresc pe care-l are în toate serviciile sale. Aceste lucrări complectate cu numeroase grafice și tablouri statistice și însoțite cu texte de propuneri privitoare la viitoarea organizare a Departamentului, au fost depuse la timpul său la Președinție, pentru a fi folosite de Guvern și de Comisiunile speciale, la fixarea normelor generale ce vor dirija alcătuirea viitoarei organizațiuni de Stat.

In baza studiilor făcute cu această ocaziune și în conformitate cu directivele date de Președinția Consiliului de Miniștri, Ministerul Sănătății pregătește în momentul de față o lege unitară pentru organizarea Departamentului. Prin această lege se va simplifica și se va reduce în mod simțitor aparatul central al Ministerului, iar serviciile sanitare centrale și exterioare se vor reorganiza după criterii raționale tinzându-se spre o **tehnicizare a aparatului central și spre o largă descentralizare a întregei administrații sanitare.**

Dând satisfacțiune principiilor noui de guvernământ ale momentului de față, exprimate atât de lapidar în circulara Conducătorului din 10 Septembrie 1940, în care se spunea că: «practica inițiativei constitue pentru toți o înaltă școală de vrednicie și curaj și de aceia trebue ridicată la rangul de cult», Ministerul a elaborat încă în Aprilie 1941, o decizie prin care **s'a**

CORTENIL

Preparat sintetic de hormon al cortico-suprarenalei

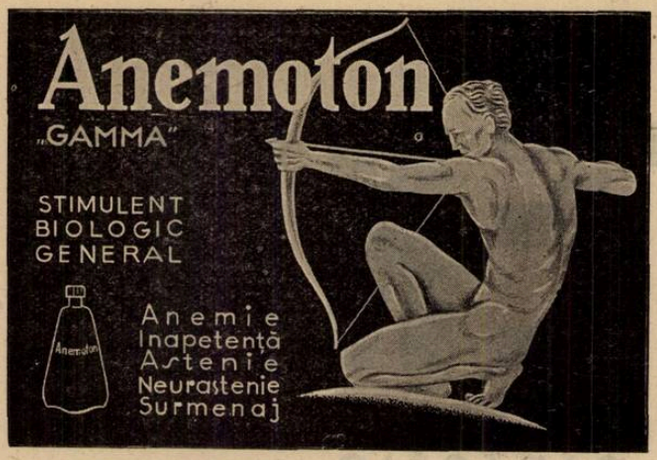
1 fiolă corespunde efectului activ a 5 mgr. de acetat de desoxicorticosteron

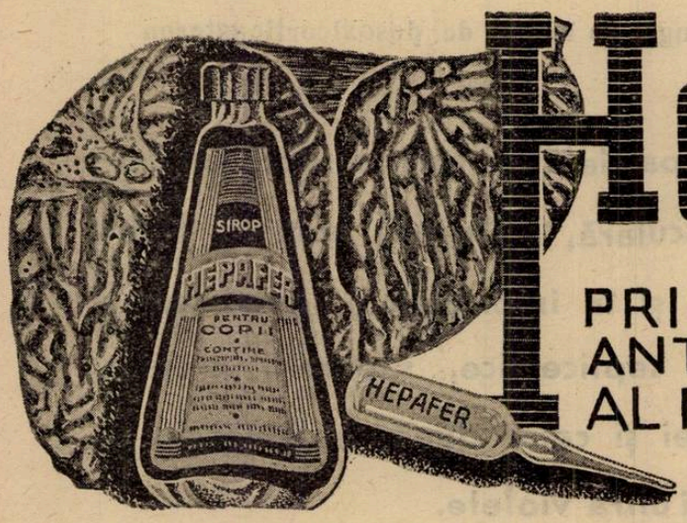
Indicat în insuficiența totală și parțială a cortico-suprarenalei: maladia lui Addison, astenie musculară, adinamii, astenii, slăbiciune; apoi în bolile infecțioase și în intoxicațiuni, după arsuri și leziuni datorite frigului, stări septicemice, supurații cronice, vărsăturile incoercibile ale sarcinei și catar după tratamentul cu raze Röntgen și ultra violete.

Cutie cu 3 fiole a 1 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.86.





Hepafer

PRINCIPIUL
ANTIANEMIC
AL FICATULUI

ELIXIR
pt. ADULȚI
SIROP
pt. COPII
FIOLE
INJECTABILE

IODAMIN
«TITAN»

Fiole. Picături.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

realizat o largă descentralizare a administraţiei sanitare.

Am căutat în primul rând să realizăm această descentralizare pentru a stimula iniţiativa medicilor şi conducătorilor de instituţii, întărindu-le autoritatea şi simţul de responsabilitate personală. In acelaşi timp însă am intensificat controlul pe teren al tuturor gestionarilor în bani şi materii şi am pus în funcţiune Comisiunea de judecată a gestiunilor, din Minister.

Pentru îndrumarea conducătorilor de servicii şi instituţii, am luat iniţiativa tipăririi unei colecţii unice a tuturor normelor şi dispoziţiilor, cum şi a legilor şi regulamentelor, cari trebuesc să dirijeze activitatea curentă a conducătorilor de servicii. Deodată cu apariţia acestui volum, vom promulga o nouă decizie de descentralizare, care în baza experienţelor făcute, va lărgi şi mai mult drepturile şi răspunderile diferiţilor conducători de instituţii şi servicii sanitare.

10. Invăţământul sanitar şi de ocrotire

Preocupaţi de a da o cât mai bună pregătire tehnică personalului sanitar auxiliar de toate categoriile, Ministerul a întocmit şi a promulgat la data de 5 August 1941, un **Decret-Lege pentru reorganizarea învăţământului sanitar auxiliar şi de ocrotire.** Prin acest Decret-Lege se reglementează în mod precis organizarea şi funcţionarea diferitelor şcoli şi institute pentru învăţământul sanitar şi de ocrotire şi **se creiază fundamentul necesar** pentru reorganizarea acestui învăţământ, putându-se înfiinţa în viitor institute şi şcoli care să permită o pregătire tehnică în spiritul cu adevărat practic cerut de o bună organizaţie sanitară. Promulgându-se şi regulamentele de aplicare ale acestei legi, în toamna acestui an, **s'au pus în funcţiune 5 institute de surori de ocrotire, 18 şcoli de surori infirmiere, 14 şcoli de moaşe, 3 şcoli de agenţi sanitari şi 3 şcoli de laboranţi şi laborante,** care vor pregăti un efectiv important de surori de ocrotire, surori infirmiere, moaşe, agenţi sanitari şi laboranţi.

11. Necesitatea unei colaborări strânse între toate instituţiile sanitare ale ţării şi între toţi medicii

Pentru a asigura mai bine progresul sanitar pe care îl urmărim, va trebui ca viaţa medicală să se desvolte într'o **strânsă şi cordială colaborare între toate aşezămintele sanitare şi între toţi medicii din ţară.**

In adevăr, sistemul individualist în care funcţionează încă o bună parte din instituţiile noastre sanitare, trebue imediat schimbat pentru a spori, printr'o acţiune solidară, randamentul aşezămintelor noastre de asistenţă şi de medicină preventivă.

Această idee, simplă şi dreaptă, întâmpină mari greutăţi în aplicarea ei practică.

Ele vor putea fi înlăturate numai printr'o largă înţelegere a marilor interese comune şi printr'o cordială colaborare între medicii de toate categoriile.

In prezent, diferitele instituţii publice, cu preocupări medicale, funcţionează în mod izolat, după concepţii proprii şi cu metode deosebite de lucru.

Iar serviciile sanitare ale Statului constitue unităţi separate, fără o legătură organică şi reală între ele, deşi sunt guvernate de aceleaşi legi.

Pentru a înlocui starea de fapt de astăzi, cu una mai bună, va trebui să stabilim o colaborare strânsă între medicii oficiali de toate categoriile şi o conlucrare armonioasă între diferitele aşezăminte de asistenţă medicală, publice şi particulare.

Formaţiunile noastre medicale, care trăesc autonom şi izolat, trebuesc integrate într'o viaţă mult mai complexă, de relaţiuni strânse între toate unităţile organismului nostru sanitar.

Plecând dela medicii de circumscripţii rurale şi până la marile spitale de specialitate din oraşele de reşedinţă, trebuesc stabilite legături de colaborare între servicii şi de prietenie între oameni.

In fiecare judeţ medicii primari de spital vor studia şi vor lucra intens pe teren, la ţară şi la oraş, în domeniul specialităţii lor, fiind într'o strânsă colaborare cu medicii de circumscripţie. In special medicii cari se ocupă, prin natura specialităţei lor, de boalele şi de problemele sociale, — vor avea acest rol. Astfel medicii primari ai serviciilor de maternitate, de puericultură, de tuberculoză, de boli venerice, de boli contagioase, — vor fi animatorii luptei în contra acestor boale pe întreg judeţul.

Medicii de circumscripţie îi vor ajuta în această luptă, fiind într'o continuă legătură unii cu alţii.

In reuniuni lunare în oraşul de reşedinţă se vor discuta problemele din punct de vedere ştiinţific, analizându-se concepţiile doctrinare, în lumina realităţilor locale.

Pentru a înlocui individualismul excesiv de astăzi, printr'o acţiune medicală colectivă, este necesar să avem în fiecare judeţ câte un număr de adepţi ai noilor idei. Aceasta este cu atât mai necesar, cu cât sistemele noui nu se pot pune în mişcare prin ordine scrise, ci prin convingere creatoare.

De aceea vom reuni, în serii, în Capitală, pe medicii primari de judeţ, pe doi dintre cei mai buni medici de circumscripţii rurale şi pe unul sau doi dintre cei mai buni medici primari de spitale.

In aceste reuniuni vom delibera asupra vieţei medicale noui ce dorim să dăm serviciilor publice şi vom fixa cele mai bune metode de lucru.

Cu prilejul acestor consfătuiri, se vor ţine conferinţe de către specialişti asupra problemelor actuale ale sănătăţii publice româneşti şi asupra descoperirilor recente făcute în ştiinţă.

Fiecare medic reîntors în judeţul său, va căuta să creeze ambianţa spirituală necesară unei coloborări efective şi cordiale între toate serviciile sanitare locale.

* * *

Dar pe lângă o colaborare continuă între medicii de toate categoriile, este necesară o conlucrare strânsă între toate instituţiile sanitare existente în ţară.

In adevăr, generozitatea înaintaşilor şi spiritul vremurilor noui, de prevedere socială, — au dotat ţara cu numeroase instituţii de asistenţă medicală.

Ele s'au desvoltat după iniţiative foarte lăudabile şi cu rezultate destul de frumoase.

Pentru ca tot ceeace s'a creat să aibă un randament maxim, va trebui să se stabilească între toate aşezămintele medicale o colaborare strânsă în vederea acţiunii de ridicare a sănătăţii publice.

Această colaborare s'a realizat în cursul actualului război când toate instituţiile sanitare publice şi particulare au îngrijit răniţii, cu cel mai desăvârşit devotament.

Va trebui să căutăm şi să găsim forma sub care această colaborare să fie realizată.

In principiu, trebue să asigurăm bolnavilor de orice categorie socială şi de orice situaţie materială, o asistenţă competentă şi rapidă.

Pentru aceasta trebue să dăm posibilitatea ca bolnavii să fie primiţi în **orice spital,** indiferent de autoritatea sau fundaţia care l-a întemeiat. Acest sistem este astăzi admis în spitalele Statului. El trebue generalizat.

Avem cea mai mare speranţă să putem realiza, cât de curând, acest deziderat.

Pentru viitor colaborarea trebue să meargă şi mai departe: marile spitale necesare unei regiuni vor fi con-

struite din fondurile puse la dispoziţie de instituţiile cari se ocupă de asistenţa medicală: Asigurări Sociale, Căi Ferate, diferite servicii publice pentru lucrătorii şi funcţionarii lor şi de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

In modul acesta vom avea spitale mari a căror dotare, cu laboratoare şi servicii comune este mai puţin costisitoare şi a căror întreţinere este mai economică.

Pentru ca acest proect să reuşească, întocmai ca şi medicii, instituţiile trebuesc să fie mai puţin individualiste.

Sperăm că ele vor avea în vedere interesul general şi vor accepta să colaboreze la opera de redresare sanitară a ţării, într'un plan general de lucru.

12. Problema farmaciilor

Farmacia care este un auxiliar indispensabil al practicei medicale a constituit pentru Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale o preocupare de căpetenie din cauza condiţiilor defectuoase în care farmaciile publice au funcţionat până acum.

Se impunea să aducem ordinea în acest domeniu, în care se făcuseră prea multe abuzuri şi în care dăinuiau prea multe situaţiuni anormale.

De aceia prin legile speciale care s'au promulgat în acest an **s'a făcut românizarea farmaciilor, s'a statuat selectionarea noilor concesionari prin concurs, s'a unificat regimul farmaciilor şi s'a prevăzut înmulţirea farmaciilor în mediul rural.**

Vom arăta, foarte succint situaţia găsită de noi şi vom schiţa ceeace s'a realizat.

a) *Românizarea farmaciilor.*

O primă problemă care ni s'a pus a fost aceia a românizării farmaciilor.

România avea în 1941, 935 farmacii publice repartizate astfel după origina etnică a proprietarilor:

Români	508
Evrei	178
Germani	157
Unguri	92

Situaţia această se cerea schimbată, cu atât mai mult cu cât numai un sfert din farmaciştii români din ţară erau proprietari.

In toate profesiunile libere, se terminase aproape, în 1941, acţiunea de românizare; numai în profesia de farmacist mai dăinuia anomalia ca aproximativ 20% din numărul farmaciilor să fie în mâinile evreilor.

In urma dispoziţiunilor date de D-l Mareşal Antonescu, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a întocmit un decret-lege care retrăgea concesiunile de farmacii acordate evreilor.

In felul acesta 178 de farmacii evreeşti erau puse la dispoziţia tinerilor farmacişti români.

b) *Selecţionarea farmaciştilor care vor obţine concesii de farmacii.*

Aceste concesiuni recuperate dela evrei, acele vacante din provinciile recucerite, precum şi cele noui înfiinţate în mediul rural, trebuiau atribuite celor mai competenţi şi mai activi farmacişti români.

Pentru selecţionarea lor şi pentru a avea norme obiective de numire. Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a întocmit un decret lege prin care se stabileşte că o concesiune de farmacie nu poate fi atribuită decât pe baza unui examen de clasificare.

Examenul de clasificare a farmaciştilor pentru obţinerea concesiunilor de farmacii a început la 19 Decembrie. La el s'au înscris 845 farmacişti, mai mult de jumătate din numărul farmaciştilor români neproprietari. Până la 15 Martie credem că acest examen va fi terminat.

c) *Finanţarea noilor farmacişti*

O problemă gravă care se punea farmacistului reuşit la concurs şi care obţinea o concesie de farmacie rurală sau urbană, era lipsa capitalului necesar deschiderei farmaciei. Conform dispoziţiunilor date de Conducătorul Statului, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale studiază în prezent mijloacele de finanţare a noilor farmacii.

Deasemenea s'a studiat şi s'a pus la punct un tip de farmacie rurală care să fie pus imediat la dispoziţia farmacistului reuşit la examen.

In felul acesta, se vor putea înfiinţa **farmacii moderne şi bine aprovizionate în comunele rurale.**

d) *Infiinţarea de noui farmacii în mediul rural*

Numărul farmaciilor (935) în raport cu populaţia ţării şi cu teritoriul redus din 1940 (13.326.268 locuitori), este mult prea mic.

Intr'adevăr, avem o farmacie pentru 14.260 locuitori, deşi legile în vigoare prevăd o farmacie pentru 5.000 locuitori la oraşe şi o farmacie pentru 8.000 locuitori la sate.

Pe de altă parte numărul farmaciilor este extrem de redus în unele judeţe. Astfel în Judeţul Romanaţi avem o farmacie la 140.000 locuitori în mediul rural; în Jud. Gorj avem o farmacie la 74.200 locuitori în mediul rural.

Este absolut indispensabil ca să se înfiinţeze o serie de noui farmacii în mediul rural.

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a studiat problema înfiinţării de noui farmacii în mediul rural şi tinerii farmacişti reuşiţi la examenul de clasificare vor putea să-şi organizeze farmacii în comunele rurale fixate ca sedii ale concesionarilor

e) *Unificarea regimului farmaciilor*

O situaţie care se cerea corectată era aceia a farmaciilor vechi cari se moştenesc dintr'o generaţie în alta, ajungând proprietatea unor oameni absolut străini de această profesiune. In baza unui drept care nu corespundea dreptăţii, ei arendau farmaciile pe preţuri mari, speculând astfel un titlu pe care nu-l aveau.

Conform dispoziţiunilor date de D-l Mareşal Antonescu, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a întocmit un decret lege care prevede că toate farmaciile care nu se mai găsesc în posesiunea farmaciştilor, vor fi declarate vacante şi atribuite tinerilor farmacişti reuşiţi la examenul de clasificare.

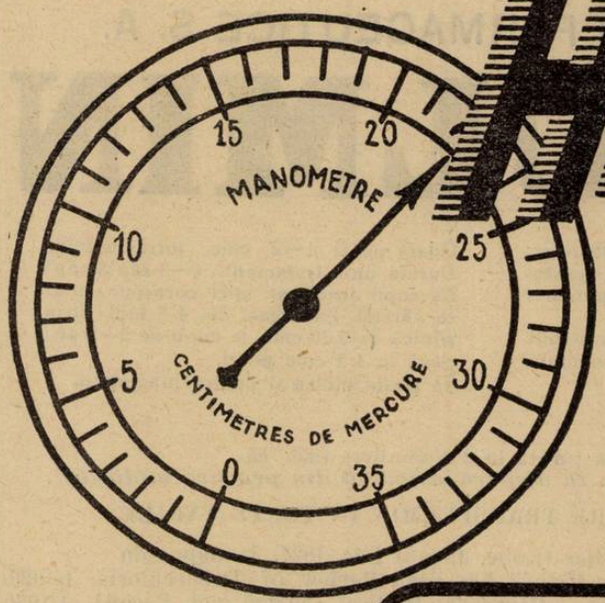
Dreptul de concesie, conferit farmaciştilor prin hrisoave domneşti, legi sau regulamente anterioare legii sanitare din 1930 sunt transmisibile, conform acestui decret lege numai descendenţilor cari sunt farmacişti sau cari studiază farmacia.

Prn aceste dispoziţiuni legale **s'a curmat un abuz care făcea ca persoane absolut străine de profesia de farmacist să exploateze o farmacie.**

f) *Sporirea numărului de farmacişti în ţară*

Pentru a asigura în viitor o desvoltare mai importantă a farmaciilor în mediul rural, e nevoe să dispunem de un număr mai mare de farmacişti. Pe de altă parte în instituţiile sanitare de Stat, spitale, dispensare, sanatorii, este nevoe de un număr însemnat de farmacişti.

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a intervenit la Facultatea de Farmacie ca să se primească un număr mai mare de sudenţi în anul I, şi în toamna anului 1941 aproape 400 studenţi au fost admişi în Facultatea de Farmacie.



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— ***Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.***
— ***Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.***
— ***Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.***
— ***Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.***
— ***Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.***

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

Grip

JUGULEAZĂ PUTERNIC

ANTALGINE

CAȘETE

FĂRĂ BARBITURICE FĂRĂ OPIACEE

2-4 PE ZI

CHINOIN

FABRICA DE PRODUSE CHIMICO FARMACEUTICE S. A.

TRANSPULMIN

Soluţie sterilă de chinină bazică şi camfor în uleiuri eterice. Injecţiuni intramusculare indolore. 1 cmc. conţine: 0.03 gr. chinină bazică, anhidră şi 0.025 gr. camfor.

Injecţiuni:

Cutii orig. cu 5 şi 10 fiole à 1.1 sau 2.2 cmc.

Bronşită acută şi cronică, pleurezie, bronchopneumonie, pneumonie postoperatorie, bronchectasie, abces pulmonar gangrenă pulmonară.
La bătrâni imobilizaţi (apoplexie, flebită etc.) poate preveni broncho-pneumonia.

Odată pe zi 1—2 cmc. intramuşcular
Durata unui tratament: 1—3 săptămâni
La copii doze mai mici corespunzătoare vârstei. La sugaci de 4-8 luni doza zilnică de 0.30 cmc. la copii de 5—8 ani până la 1.5 cmc pe zi.
Se poate utiliza şi pentru inhalaţiuni.

Prof. G. v. Bergmann (Berlin) susţine în cofenrinţa sa ţinută la 2 Noembrie 1925, că:
„Transpulmin este o inovaţie aşa de însemnată în terapie, încât nu va dispare niciodată din practica medicală".

CÂTEVA DIN CELE CCA 1000 REFERATE PUBLICATE DESPRE TRANSPULMIN IN TOATE ŢĂRILE:

Wolfer: Davos, Schweiz. med. Wschr. 25/1926.
Praktischeschki: Wratsch, Leningrad, 6/1926.
China: Cehmist's and Druggist's Review II./1936.
Yamada: (Sumanoura Hospital, Kobe Japan), 1926.
Radicke (Valparasio): Medicina Modernă, 1/1927.
Prof. Benedek: Deutsche Med. Wochenschr. 3/1933.
Prof. A. Boettner: Deutsche Med. Wochenschr, 42/1931.
Developments în Quinine Therapy, The Indian and kasteku. Drogist Vol. X. 2/1929.
Prof. Weinberger: Wiener Klin. Wochenscr. 4/1933.
Pappellier (Kobe, Japan) Dec. 1927. Transpulmin
Newton Heine: American Review of Tuberculosis. 1/1929.
Fleweling—Glendale: Medical Journal and Record, 4/1930
Martins: Gazeta Clinica. S. Paulo, 11/1930.
Abalmann: Revue française de Pédiatrie, 6/1930.
Prof. v. den Velden: D. Med. Wochenschr. 4/1929
Fortschr. d. Therapie, 19/1931.
Achard: Clinical Medicine and Surgery, 1/1929.
Prof. Saxl: Verlag Springer Wien, 1926.
Prof. Dreitus—Weineberg: D. Med. Wochenschr. 28/1932

Exclusivitatea—O. A. F.—OFICIUL DE APROVIZIONARE FARMACEUTIC—Societate Cooperativă
STR. PITAR MOŞ 6—BUCUREŞTI 3

II. Activitate și realizări în domeniul medicinei preventive.

Problemele de medicină preventivă, de o atât de mare importanță în timpuri normale, au căpătat în împrejurările excepționale ale anului trecut o valoare de cea mai vie actualitate. Trebuia prin măsuri de prevedere să facem față pericolului iminent al epidemiilor și în special unei așteptate recrudescențe a tifusului exantematec. Trebuia prin măsuri de profilaxie și prin supravegherea mai atentă a igienei publice și individuale, să împiedecăm primejdiile și carențele ce pândesc populațiile agicole și clasele sărace, în epocile de război și de constrângeri economice.

1. Consiliul superior al sănătății

In scop de a se asigura o cât mai științifică linie de conduită în acțiunile de ordin tehnic desfășurate de Minister, s'a reactivat vechea instituțiune consultativă de pe lângă acest Departament, reprezentată de Consiliul Superior al Sănătății.

Incepând cu data de 20 Februarie 1941, acest for suprem sanitar a fost întrunit lunar și consultat în toate problemele mari și importante cari trebuiau soluționate.

Pentu ca activitatea Consiliului să fie și mai folositoare, am pregătit un proect de lege în care se prevede modificarea Consiliului superior al sănătății, astfel ca el să cuprindă toate competențele medicale locale din diferite regiuni ale țării.

In modul acesta se va putea mai bine discuta problemele și hotărî soluțiunile, ținându-se seama de realitățile noastre românești.

In afară de aceasta, dorim să facem din membrii Consiliului sanitar superior, niște colaboratori permanenți ai Ministerului Sănătății. In special, socotim necesar ca fiecare, în domeniul specialității sale, să fie un animator, un sfătuitor al tuturor serviciilor pe care le va putea vizita, exercitând în acelaș timp un control riguros al activității medicale desfășurată în cadrul instituțiilor sanitare de Stat.

2. Contact direct cu serviciile sanitare exterioare

Pentru a ne documenta asupra realităților depe teren și pentru a putea îndruma direct activitatea diferitelor noastre instituțiuni și servicii exterioare, ne-am deplasat în mai toate regiunile țării și am vizitat cea mai mare parte a instituțiilor și serviciilor noastre sanitare și de ocrotire. Cu această ocaziune am ținut conferințe cu medicii conducători din județele respective, ascultând rapoartele lor de activitate; dându-le îndrumări și instrucțiuni tehnice asupra programelor de activitate sanitară și soluționând pe loc o serie de chestiuni care cereau o rezolvire imediată în interesul sănătății publice.

Acest sistem ne-a dat cele mai bune rezultate și preconizăm pentru viitor **conferințe trimestriale** sistematice în capitala fiecărui județ și în orașele de reședință ale Inspectoratelor noastre sanitare, în scop de a se stimula și îndruma după normele unitare diferitele activități în domeniul sănătății publice și al ocrotiilor sociale.

3. Prevenirea și combaterea epidemiilor

In cursul anului, 1941, au existat reale primejdii de întindere a bolilor contagicase sau de isbucnire de epidemii masive. Prezența în toate regiunile țării a trupelor române sau aliate mobilizate, fluxul și refluxul populațiilor refugiate, venirea în țară a numeroși prizonieri de război, formarea de lagăre de vagabonzi și în fine condițiunile economice mai grele, au fost împrejurări favorizante pentru răspândirea epidemiilor.

Pentru evitarea acestor primejdii, pe lângă munca și măsurile obișnuite ale serviciilor noastre sanitare, a fost nevoe de a interveni și cu mijloace noui. Printre acestea citâm:

a) Instituirea unei comisii centrale speciale pentru coordonarea măsurilor de profilaxie și combaterea bolilor contagioase;

b) Instituirea unui comisar general pentru combaterea epidemiilor din Basarabia și Bucovina.

c) Reorganizarea serviciului de informații epidemiologice și a evidențelor de personal și mijloace disponibile în acțiunea de combatere;

d) Vaccinarea contra tifusului exantematic a personalului angajat în combatere (2.327 persoane); vaccinarea antidifterică executată la 294.267 persoane; vaccinarea contra febrei tifoide aplicată la 385.598 persoane; vaccinarea contra scarlatinei executată la 71.370 persoane și vaccinarea antivariolică la 228.641 persoane.

e) Organizarea unei «Săptămâni a curățeniei» în fiecare lună de iarnă executându-se cu această ocaziune o vastă acțiune de igienă și profilaxie pe toată întinderea țării; confecționarea și distribuirea unui număr de 400 cuptoare mobile de deparazitare; 100 etuve fixe de dezinfecție și 200 instalații complecte de băi populare; controlul permanent pe C. F. R., controlul sanitar al lagărelor de vagabonzi și de prizonieri de război; organizarea cordonului sanitar pe Prut și Nistru și distribuirea de material sanitar necesar în acțiunea de combatere a epidemiilor.

Toate aceste măsuri au avut fericitul rezultat de a opri pe loc începuturi de epidemii, de a limita focarele endemice existente în țară și de a împiedeca pătrunderea epidemiilor din afară.

Comparând situația bolilor contagioase în anul 1941, față de aceea a anului 1940 și a mediei anilor 1935-1939, constatăm:

	1941	1940	Media anuală 1935-39
Tifus exantematic	2.040	1.386	3.621
Scarlatină	10.294	16.283	27.825
Rugeolă	13.535	11.084	47.726
Difterie	1.209	1.813	3.340
Febră tifoidă	3.944	2.654	6.441
Dizenterie	3.665	2.995	5.570
Tuse convulsivă	8.774	3.588	24.096
Poliomielită	142	50	141
Encefalită	6	2	4
Antrax	455	723	2.001
Meningită cer. spin.	111	209	60

Rezumând tabloul de mai sus trebue să observăm că, față de anul 1940, scarlatina, difteria, antraxul și meningita cerebro-spinală au fost în scădere în anul 1941 și toate bolile contagioase, în afară de poliomielită și meningita cerebro-spinală au fost în scădere față de media anilor 1935-1939.

Aceiași situație relativ bună o găsim în actuala perioadă de război și în Germania după cum se poate vedea dintr'un studiu recent publicat de Prof. Dr. Seifert, fapt ce denotă că măsurile luate de noi și aplicate în mod permanent, au putut limita și împiedeca până în prezent extensiunea și agravarea bolilor contagioase.

4. Combaterea bolilor sociale

Măsurile de prevenire și combatere a tuberculozei, a bolilor venerice și a malariei au fost intensificate, stabilindu-se o cât mai strânsă colaborare și cu serviciul sanitar al Armatei. Cu concursul Ligei Naționale contra tuberculozei, s'a organizat o acțiune de depistare a tuberculozei în județele Dâmbovița, Gorj și Teleorman, prin echipe mobile înzestrate cu instalații radiologice transportabile și cu posibilități de izolare a bolnavilor descoperiți. O asemenea acțiune s'a executat de Minister în regiunea Sibiului unde prin echipe de specialiști s'a făcut într'un număr de comune rurale un adevărat recensământ al tubercu-

lozei examinându-se cu ajutorul aparatului radiologic transportabil un număr de peste 15.000 persoane.

In afară de aceasta s'au luat măsuri pentru o mai bună înzestrare şi o mai raţională utilizare a sanatoriilor de tuberculoză ale Ministerului Sănătăţii şi în acelaş timp am căutat ca secţiunile destinate îngrijirii bolnavilor tuberculoşi de pe lângă spitalele judeţene să funcţioneze în cât mai bune condiţiuni. Prin terminarea lucrărilor de la sanatoriile pentru tubreculoşi din Timişoara şi Câmpeni Jud. Turda, capacitatea de internare a tuberculoşilor va spori cu încă 400 paturi.

In combaterea bolilor venerice s'a procedat la intensificarea controlului prostituţiei, tratamentul şi izolarea prostituatelor bolnave şi înlesnirea tratamentelor persoanelor sărace la instituţiile Ministerului. In unele centre din ţară (Braşov, Sibiu), s'a început o adevărată luptă împotriva bolilor venerice, această acţiune fiind încă în curs de executare.

Ministerul Sănătăţii a distribuit mari cantităţi de medicamente antisifilitice tuturor instituţiilor publice de asistenţă medicală, astfel ca toţi bolnavii să poată fi îngrijiţi absolut gratuit.

Măsurile antimalarice, de tratament şi profilaxie s'au aplicat pe o scară mai întinsă, mai ales în regiunile ocupate de armată. In acest timp s'au stabilit colaborări rodnice şi cu organele sanitare ale Armatei Germane. S'a continuat tratamentul cazurilor noui şi a recidivelor descoperite şi s'au aplicat măsuri de profilaxie prin chininizare. Această acţiune se desfăşoară mai intens în Dobrogea, unde malaria a luat o mare extensiune.

5. Igiena şcolară.

O deosebită atenţiune s'a acordat populaţiei şcolare în vederea îmbunătăţirii condiţiilor fizice, intelectuale şi morale a elevilor şcolilor, asigurându-le o desvoltare normală din toate punctele de vedere.

In acest scop Ministerul Sănătăţii în înţelegere cu Ministerul Culturii Naţionale a tipărit şi difuzat o broşură cuprinzând norme şi directive generale pentru promovarea sănătăţii tineretului şcolar care formează fondul biologic al poporului nostru.

Ministerul Sănătăţii a căutat să aducă aportul său la acţiunea binefăcătoare a Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale, care a organizat **cantinele şcolare**, organizând o asistenţă medicală cât mai bună pentru copiii ocrotiţi de Consiliul de Patronaj. In acest scop s'a reorganizat serviciul medical şcolar şi s'au întemeiat farmaciile şcolare, dotate de Ministerul Sănătăţii cu medicamentele necesare copiilor.

6. Alimentarea cu apă potabilă.

Date fiind posibilităţile de contaminare a apei potabile şi de apariţiune a epidemiei de febră tifoidă, Ministerul Sănătăţii a luat pe lângă măsurile obişnuite şi următoarele măsuri de ordin general:

a) Controlul permanent al apei din conducte prin analize executate de laboratoarele de igienă ale Statului;

b) Organizarea prin Institutele de igienă şi sănătate publică a controlului sistemelor de alimentare cu apă, canalizare, etc. .

c) Procurarea unui număr de aparate mobile de clorinare a apei potabile şi întocmirea unui regulament al clorinărilor;

d) Controlul sanitar al fântânilor atât în oraşe cât mai ales în mediul rural.

7. Dispensariile mobile.

Urmând sugestiile şi îndrumările d-lui mareşal Antonescu, am înfiinţat şi am pus în funcţiune un număr de 51 dispensare mobile înzestrate cu instrumentar medical, medicamente, pansamente şi dezinfectante şi încadrate cu medici tineri şi destoinici, ajutaţi de personalul auxiliar necesar.

Aceste dispensarii au activat până la sfârşitul lunei Iunie 1941 în 48 de judeţe ale ţării unde s'au deplasat în cele mai îndepărtate sate şi cătune dând asistenţă medicală gratuită populaţiunei, făcând educaţie igienică şi propagandă sanitară şi activând cu mult folos în combaterea epidemiilor şi a bolilor sociale.

Indată după recucerirea Basarabiei şi Bucovinei, dispensarele mobile au fost trimise în aceste provincii unde acţiunea lor a fost binefăcătoare şi unde lucrează şi astăzi, umplând un gol însemnat în organizaţia sanitară de acolo.

8. Organizarea preventivă.

In domeniul completării organizării noastre sanitare preventive, s'au executat următoarele:

a) S'au înfiinţat **50 de circumscripţii sanitare rurale noui** şi s'a sporit în mod considerabil numărul personalului sanitar şi de ocrotire auxiliar;

b) Se găsesc în curs de organizare **18 plăşi sanitare** conduse de medici igienişti şi având la dispoziţie numărul necesar de surori de ocrotire şi medici specialişti pentru principalele probleme de sănătate publică.

c) S'au organizat şi pus în funcţiune **noile laboratorii de igienă dela Focşani, Cernăuţi, Sighişoara, Tighina şi Cetatea Albă;**

d) S'a făcut o **regrupare a surorilor de ocrotire,** concentrându-se în 24 de judeţe, unde ele vor activa sub conducerea câte unei revizoare de ocrotire după un plan de acţiune bine stabilit;

e) S'a organizat la Orlat în jud. Sibiu, o **şcoală de iniţiere pentru surorile de ocrotire** în scop de a le pregăti pentru conducerea unor cursuri sistematice de educaţie igienică a viitoarelor soţii şi mame din mediul rural. Absolventele acestor cursuri au început activitatea pe teren şi în prezent funcţionează un număr aproximativ de **70 de asemenea cazuri pentru ţărance.** Aceste cursuri se ţin în strânsă colaborare cu societăţile culturale locale şi organele Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale.

f) S'au ţinut la Ministerul Sănătăţii o serie de conferinţe cu cei **71 de medici stagiari** militari care au fost pregătiţi în principalele probleme de sănătate publică, pe care sunt chemaţi să le rezolve în acţiunea lor din Basarabia şi Bucovina.

III. Activitate şi realizări în domeniul medicinei curative

Problemele de medicină curativă destul de spinoase şi în epoci normale, în ţările în care o mare parte din populaţie e redusă la exclusiva grije a Statului, ne-au impus mari eforturi pentru adaptarea aşezămintelor şi a personalului nostru, la nevoile crescânde ale bolnavilor şi la nevoile impuse de războiul nostru de desrobire.

1. Progresele realizate de spitalele Statului

Dacă din punct de vedere numeric, caracterul agricol al populaţiei noastre majoritare a impus ţării să aibă o reţea destul de bogată de aşezăminte spitaliceşti, din punct de vedere însă al evoluţiei ideilor asupra asistenţii medicale, aceste aşezăminte nu corespundeau în mare parte scopului lor.

Insuficienţa numerică şi calitativă a serviciilor de specialitate şi reaua repartiţie a celor existente, dotarea slabă a majorităţii spitalelor din centrele mici, insuficienţa numerică a personalului medical de specialitate, acestea erau punctele slabe ale organizaţiunei noastre spitaliceşti, cari ne-au preocupat încă din primele zile ale luării în primire a Departamentului.

Atât pentru o mai bună asistenţă medicală a tuturor bolnavilor, cât şi pentru a asigura răniţilor îngrijirile chirurgicale de care ei aveau nevoe,

am căutat să ameliorăm condiţiile de funcţionare a spitalelor.

In afară de fondurile pe care Ministerul Sănătăţii le-a acordat spitalelor sale din bugetul general, am legiferat măsura ca **toate instituţiile sanitare să utilizeze veniturile lor proprii pentru cheltueli de întreţinere sau investiţiuni.**

Graţie acestei măsuri, multe spitale au fost renovate şi toate celelalte vor realiza progrese însemnate, pe cari le aşteptăm dela iniţiativa şi energia medicilor de spitale.

Înţelegem ca toţi bolnavii lipsiţi de mijloace să fie internaţi şi trataţi în mod gratuit, în spitalele publice, Statul luând asupra sa îngrijirea tuturor cetăţenilor săi şi realizând-o în condiţiunile pe cari ştiinţa medicală contemporană le indică.

Este însă nedrept şi imposibil din punct de vedere moral şi social, ca oameni cari dispun de mijloace, să cadă în sarcina Statului atunci când au nevoe de îngrijirea sănătăţii.

Soluţiunea care s'a considerat altă dată foarte bună era ca totalitatea bolnavilor cari dispun de mijloace materiale să se îngrijească în aşezăminte întemeiate de iniţiativa particulară pe baze comerciale.

Această soluţiune nu s'a putut realiza integral din cauza condiţiilor economice ale ţării noastre, nici pentru oraşele mari ale ţării, unde s'au luat unele iniţiative. Ea nu a putut fi nici cel puţin încercată în oraşele mai mici. De aceea s'a ajuns la ideea organizării în spitalele Statului a unui regim special pentru bolnavii cari pot plăti îngrijirea lor, fiind internaţi la cl. I-a sau a II-a.

Acest sistem este bine organizat în Germania, în Spitalele Statului. El va trebui consolidat în spitalele noastre, astfel ca indiferent de starea materială bună sau rea a bolnavilor, ei să poată avea o îngrijire promptă şi competentă în instituţiunile sanitare ale statului.

Este de asemenea echitabil ca bolnavii bogaţi să plătească cheltuelile de întreţinere în spital, şi onorariile la care medicii au drept legal.

Prin aplicarea strictă a acestor norme sperăm că veniturile spitalelor vor spori, aceste instituţiuni vor progresa printr'o judicioasă şi imediată utilizare a lor.

Ceeace s'a realizat până acum ca ameliorări ale spitalelor, considerăm că este numai un început. Va trebui făcut un efort continuu ca aceste instituţii ale Statului să aibă un cadru civilizat, un confort medical cât mai complet, o înzestrare cu mijloacele tehnice pe care ştiinţa contemporană le impune.

Pentru a realiza un progres însemnat în organizarea spitalelor noastre este nevoe să introducem un sistem cu totul nou în administraţia spitalelor şi în mecanismul dotării şi aprovizionării lor cu materiale sanitare.

Prin larga descentralizare a administraţiei sanitare pe care am făcut-o, am dat în sarcina medicilor de spitale nu numai întreaga activitate dar mai ales dreptul, datoria şi răspunderea tuturor iniţiativelor locale.

Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale îi revine pe plan spiritual rolul de a organiza, de a stimula activitatea, de a veghea asupra progresului continuu pe care instituţiile noastre trebue să-l urmărească.

Pe plan material, Ministerul Sănătăţii îşi păstrează obligaţia de a pune la dispoziţia instituţiilor sanitare, fondurile de care au nevoe şi să îngrijească de dotarea tuturor instituţiilor sanitare, prin marile aprovizionări de aparate, instrumente, medicamente şi materiale sanitare, pe care le-a făcut şi va continua să le facă.

2. Organizarea spitalelor pentru răniţi

Datorită măsurilor ce s'au luat din timp, războiul actual a găsit spitalele Ministerului bine pregătite aşa încât ele au putut funcţiona din primul moment ca centre de spitalizare şi mai ales ca centre de mare chirurgie pentru răniţii de pe front. Cu această ocaziune **medicii Ministerului au dat dovadă de mult devotament şi de spirit de sacrificiu şi au dovedit cu prisosinţă buna lor pregătire profesională.**

Elogiile aduse de Conducătorul Statului şi recunoştinţa răniţilor, au fost pentru medici de toate categoriile, cea mai frumoasă răsplată pentru munca lor devotată şi patriotică.

Ministerul a avut sarcina de a colabora la organizarea spitalelor de zonă interioară, având obligaţia şi răspunderea integrală a dotării lor cu materiale sanitare, medicamente, instrumente chirurgicale şi aparate medicale.

Această dotare s'a făcut în cele mai bune condiţiuni, astfel că medicii au avut la dispoziţie tot ceeace era necesar pentru buna îngrijire a răniţilor.

Aprovizionarea spitalelor s'a făcut prin caravane de autocamioane, care au parcurs în acest scop 361.112 km., transportând spitalelor materiale, medicamente şi aparate în valoare totală de 341.784.085 lei.

După închiderea spitalelor pentru răniţi, depozitele noastre sanitare au reintrat în posesia materialului sanitar care nu a fost consumat, l-a revizuit, l-a clasat, păstrându-l pentru necesităţile viitoare.

3. Inzestrarea spitalelor din Basarabia şi Bucovina

După desrobirea Basarabiei şi Bucovinei Ministerului Sănătăţii i-a revenit sarcina de a dota instituţiile sanitare din aceste provincii cu materialele sanitare de care aveau atâta nevoe.

Din primele zile au luat fiinţă la Chişinău şi Cernăuţi câte un depozit central de materiale sanitare unde s'au trimis în total 35 vagoane conţinând diferite materiale, efecte, aparate şi instrumente medicale.

Graţie acestei aprovizionări masive, spitalele din cele două provincii eliberate, au putut avea o excelentă organizare, din primele zile de funcţionare.

4. Aprovizionarea cu materiale sanitare

Dacă Ministerul a putut face faţă acestor cerinţe excepţionale, s'a datorit posibilităţilor de aprovizionare de care a dispus şi creditelor extraordinare ce i s'au pus la dispoziţie.

Pe lângă aprovizionările făcute în cursul anilor trecuţi, din creditele de război, am căutat să procurăm în cursul anului 1941 mari cantităţi de materiale, de aparate şi instrumente pentru spitalele şi instituţiile Ministerului Sănătăţii.

Astfel, în Aprilie 1941 s'au cumpărat din Germania diferite materiale sanitare în valoare de 90.000.000 lei, iar în Septembrie 1941 s'a făcut o nouă comandă în valoare de 300.000.000 lei, dintr'un credit special ce ni s'a acordat în acest scop.

Materialele comandate au început a sosi şi conform angajamentelor luate de fabricanţi, marea lor majoritate vor fi în ţară până în luna Mai.

In afară de aceasta, s'au mai procurat de pe piaţa internă, mai ales pentru nevoile urgente ale războiului, materiale sanitare, instrumente şi aparate în sumă de 79.329.283 lei, efecte spitaliceşti de 36.702.784 lei şi medicamente şi pansamente de lei 40.456.674.

5. Echipele volante de chirurgie.

O acţiune specială de război a reprezentat pentru Minister formarea la momentul oportun, a celor 12 echipe volante chirurgicale cari, înzestrate cu materialul necesar, au putut să fie transportate rapid, cu avionul sau cu automobilul, în localităţile aglomerate de răniţi, dând ajutoare nepreţuite victimelor războiului.

IV. Activitate şi realizări în domeniul ocrotirilor sociale.

Problemele de ocrotire au fost urmărite de Minister cu eforturi mai susţinute decât în vremuri normale, date fiind lipsurile şi nevoile materiale care au făcut ca, în acest domeniu, numărul celor ce au fost avizaţi la ocrotire să sporească în mod simţitor.

La începutul acestui an a luat fiinţă Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale, instituţie chemată să joace un rol primordial în domeniul ocrotirei naţionale şi al asistenţei sociale. Activitatea prodigioasă şi multilaterală a Consiliului de Patronaj este bine cunoscută şi ea umple un gol însemnat în domeniul acţiunei sociale.

In instituţiile sale proprii, Ministerul Sănătăţii a asistat în acest an un număr de 6.210 copii, subvenţionând îngrijirea a altor 1.356 copii în aşezăminte particulare. Bătrânii şi infirmii asistaţi de Minister au fost în număr de 810. Dispensariile care au dat consultaţii de puericultură au fost sporite dela 732 la 775, mărindu-li-se în acelaşi timp alocaţia lunară dela 1000 la 2000 lei. De asemenea s'a sporit la 5.559.000 subvenţia acordată societăţilor de binefacere care se ocupă cu opere de ocrotire şi asistenţă

Opera de propagandă în contra alcoolismului s'a făcut prin Societatea «Temperanţa», care a organizat 1.520 de filiale cu 32.711 membrii, ţinând 2.500 conferinţe şi 573 diverse alte manifestaţiuni publice.

In principalele comune urbane din ţară urmărim înfiinţarea unor **oficii de ocrotire**, cari în colaborare cu organele Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale, să fie în măsură a rezolva favorabil toate problemele locale de asistenţă şi ocrotire.

In acest scop s'a întocmit un proect de regulament care se va promulga în curând.

Pentru asistenţa invalizilor, ofanilor şi văduvelor de război, Eforia Generală I. O. V. a soluţionat multiplele chestiuni şi probleme de ordin bănesc, medical şi juridic al lumei I. O. V. Printr'un credit de 24.000.000 lei, s'a putut împărţi în Ianuarie 1941 lemne de foc invalizilor, iar prin creditul de 10.000.000 lei obţinut în Septembrie 1941, s'a putut distribui o altă nouă cantitate de lemne

Opera de asistenţă şi de ocrotire socială care revine în mare măsură Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale va continua să fie ajutată permanent de toate instituţiile Ministerului Sănătăţii şi de întregul său personal medical, care poate aduce o colaborare atât de utilă în activitatea pe teren a Consiliului de Patronaj.

Colaborarea între Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale şi Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale se desfăşoară în cele mai bune condiţiuni în opera de reeducare şi încadrare a invalizilor de război în viaţa socială.

Incheere

Privirea retrospectivă asupra activităţii şi realizărilor noastre de un an, ne permite, credem, să constatăm că în toate domeniile de sănătate publică şi ocrotire socială s'a putut face faţă multiplelor nevoi şi primejdii inerente unor vremuri cu totul excepţionale, realizându-se chiar multe inovaţiuni fericite, a căror roade au început a fi evidente.

Continuând pe aceiaşi linie de acţiune, dorim ca în programul anului care urmează, să se perfecţioneze organizaţia noastră sanitară, îndrumând-o tot mai mult în sensul preventiv; să pregătim aşezămintele noastre şi spiritul personalului nostru pentru noui evenimente istorice în perspectivă şi să imprimăm în toate serviciile şi instituţiile sanitare spiritul dinamic al nouei conduceri a Statului.

Pentru anul care urmează, preconizăm următorul plan de lucru:

1. In primul rând este necesară reorganizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale în conformitate cu aprobarea principială ce a binevoit a ne da, Conducătorul Statului.

Prin noua organizare ce i se va da, Ministerul Sănătăţii trebue să devină o autoritate superioară de cugetare, de doctrină, de studiu, de directive, de control şi de realizări pe plan medical, sanitar şi de ocrotire socială, — în locul organismului administrativ foarte greoi de astăzi.

Urmărim realizarea acestor principii prin:

Menţinerea, consolidarea şi amplificarea direcţiunilor tehnice din Minister, odată cu comprimarea direcţiilor administrative, — foarte mult hipertrofiate.

In acest scop am procedat de pe acum la o largă descentralizare a administraţiei sanitare, eliberând Ministerul de un biurocratism care paraliza funcţionarea lui normală.

Din această cauză, se ajunsese la situaţia paradoxală a unei lipse de unitate în ceeace priveşte acţiunea sanitară în ţară. Ea se desvolta inegal şi fără să se ţină socoteală de nevoile cele mai urgente.

Totul depindea numai de însuşirile personale ale medicilor din diferite regiuni şi de înţelegerea autorităţilor locale pentru problemele sanitare.

Aducând toate elogiile camenilor de iniţiativă, a trebuit şi trebue încă să stimulăm pe toţi, pentru a desvolta organizaţia noastră sanitară pe tot întinsul ţării.

In această direcţie s'a lucrat mult în cursul anului 1941, iar programul de desvoltare al organizaţiei sanitare pe care l-am întocmit, sperăm că va putea remedia majoritatea lipsurilor ce am constatat.

2. Stabilirea unei colaborări cât mai strânse şi mai rodnice între diferitele compartimente ale organizaţiei sanitare precum şi între acestea şi celelalte organe de Stat şi iniţiativa particulară.

3. In sectorul curativ, vom continua opera de reorganizare şi modernizare a spitalelor, creind centre mari spitaliceşti cu servicii de specialitate bine utilate în toate capitalele de judeţ.

Pe lângă fiecare spital mare va trebui să funcţioneze şi un serviciu de consultaţiuni ambulante pe specialităţi medicale, având rolul unui dispensar policlinic cu atribuţii mixte de ordin curativ şi preventiv.

Spitalele mixte din mediul rural se vor reorganiza ca centre de izolare şi profilaxie pentru bolile epidemice şi bolile sociale. Ele vor dispune de instalaţii de bae cu duşuri şi cuptoare fixe de deparazitare.

Vom căuta să terminăm construcţiile de spitale începute şi să executăm toate amenajările şi reparaţiile necesitate de cutremur sau de transformarea serviciilor.

4. In sectorul preventiv vom urmări:

a) Sporirea treptată a plăşilor sanitare conduse de medici igienişti asistaţi de surori de ocrotire şi medici specialişti pentru principalele probleme de medicină preventivă.

b) Sporirea numărului surorilor de ocrotire şi sistematizarea activităţii lor în domeniul educaţiei igienice a populaţiunei şi a combaterii mortalităţii infantile.

c) Organizarea de cât mai numeroase cursuri de educaţie, igienă şi gospodărie casnică pentru soţii şi mame, cu deosebire în mediul rural.

d) Intensificarea acţiunei de propagandă sanitară prin utilizarea cinematografului, a broşurilor de propagandă, conferinţe şi afişe murale potrivite împrejurărilor specifice din ţara noastră.

e) Continuarea acţiunei de înfiin-

ANALEPTIC CARDIOTONIC

CORDISAN

„SAPIC"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături Fiole Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

PNEUMONIE, BRONCHOPNEUMONIE, GRIPĂ
PROFILACTIC DUPĂ OPERAŢIUNI

PULMOSEPT

„SAPIC"

Chinină 0,10
Camforă 0,10
disolvate în uleiuri eterice.

Fiole de 2 cmc. pentru injecţii intramusculare.

PUTERNIC DESINFECTANT PULMONAR
CALMANT AL TUSEI
RECALCIFIANT

LACTOCRESIN

„SAPIC"

Sirop pe bază de:
- Gaiacol lichid
- Lactofosfat de calciu
- Codeină
- Tinct. de Aconit

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
«SAPIC»
Bucureşti VI, Str. Cazărmei No. 89.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

ţare de case de ocrotire şi dispensarii medicale rurale, având fiecare şi câte o bae populară şi cuptor de deparazitare.

f) Stimularea şi sprijinirea acţiunii locale pentru ridicarea igienică a satelor şi oraşelor prin construirea de fântâni publice, apeducte, canalizări şi alte instalaţii cari deservesc sănătatea publică.

g) Sporirea numărului medicilor de circumscripţii sanitare rurale până la media generală de un medic pentru maximum 6.000 locuitori.

Asigurarea unei salarizări corespunzătoare personalului sanitar din mediul rural şi asigurarea mijloacelor necesare de transport prin procurarea de vehicule.

h) Pregătirea unui personal sanitar şi de ocrotire cât mai numeros şi capabil să corespundă tuturor cerinţelor de serviciu.

5) In domeniul bolelor sociale va trebui să desfăşurăm o acţiune puternică pentru combaterea tuberculozei, a malariei şi a bolelor venerice care fac victime foarte numeroase.

6. In domeniul ocrotirilor sociale, vom ataca în acest an problema demografică prin legiferarea ocrotirei familiei ca celulă de bază a societăţii şi generatoare de noui vieţi româneşti.

7. O grijă tot mai vigilentă şi o vastă acţiune de ocrotire faţă de invalizii, orfanii şi văduvele din războiul nostru sfânt de desrobire.

8. Continuarea, viguroasă a pregătirii cadrelor de personal tehnic necesar pentru realizarea unui program sanitar şi de ocrotire de mari proporţii.

* * *

Socotim că realizarea acestor puncte programatice va fi posibilă în anul care urmează prin înţelegerea şi munca pricepută şi devotată a tuturor oamenilor de bine, pătrunşi de dorinţa de a contribui din toate puterile lor la înălţarea neamului şi a ţării.

Înfăţişând aprecierii opiniei publice medicale activitatea şi modestele realizări de un an ale Departamentului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, ne îndeplinim o plăcută îndatorire aducând **D-lui Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului**, cele mai respectuoase omagii de recunoştinţă pentru larga înţelegere şi marea bunăvoinţă arătată întotdeauna problemelor sanitare şi de ocrotire, la a căror soluţionare a contribuit în mod hotărâtor.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Reorganizarea Consiliului Sanitar Superior

In Monitorul Oficial Nr. 35 din 11 Februarie 1942 a fost promulgat Decretul-Lege pentru reorganizarea Consiliului Sanitar Superior al Ministerului sănătăţei şi ocrotirilor sociale.

Prin acest Decret-Lege Consiliul Sanitar Superior devine un organ de colaborare permanentă cu organizaţiile sanitare din ţară şi are rolul să coordoneze şi să controleze în deaproape activitatea sanitară.

Pentru a arăta spiritul în care s'a făcut acest Decret-lege, reproducem expunerea prin care d. Ministru al sănătăţei şi ocrotirilor sociale, arată Domnului Mareşal Ion Antonescu, Conducătorul Statului, ideile generale ale nouei legi.

«Felul în care era organizat Consiliul Superior al Sănătăţii, nu mai corespundea necesităţilor actuale.

Componenţa lui pe care o indică legea de organizare a Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale din 20 Noembrie 1939, era prea rigidă şi în majoritatea lor membrii consiliului trebuiau să fie medici funcţionari din serviciile centrale ale Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, sau ale altor instituţiuni.

Prin alăturatul Decret-lege, pe care îl supunem aprobării şi semnăturii Domniei-Voastre, în conformitate cu Decretele Legi Nr. 3052 din 5 Septembrie 1940, am căutat a mări numărul membrilor, pentru ca acest Consiliu să poată cuprinde cât mai multe din competenţele medicale ale ţării, de toate specialităţile, prevăzând în acelaşi timp ca personalităţile proeminente din diferite regiuni ale ţării, să fie deasemenea reprezentate.

In chipul acesta se vor putea discuta mai bine problemele şi hotărî soluţiunile, ţinându-se seama de realităţile noastre româneşti.

Credem deasemenea, că este bine a se da latitudinea ca în cadrul acestui Consiliu, să poată fi invitaţi a lua parte şi specialişti de toate categoriile (ingineri, arhitecţi, etc.) ale căror cunoştinţe ar putea fi utile în problemele sanitare în discuţiune.

Pe de altă parte, dorind a face din medicii care vor alcătui acest Consiliu nişte colaboratori permanenţi ai Ministerului, socotim necesar ca fiecare, începând dela gradul de medic primar, să aibă dreptul şi datoria de a sfătui şi îndruma instituţiunile sanitare exterioare de specialitatea lor, animându-le şi contribuind astfel prin directivele ce le vor da, la bunul mers al activităţii sanitare desfăşurată pe teren. Ei vor exercita în acelaşi timp şi un control riguros al activităţii medicale din instituţiunile sanitare de Stat.

O altă inovaţie a Decretului Lege ce prezentăm se referă la comisia pentru combaterea boalelor infecţioase şi sociale.

Ţinând seama de gravitatea boalelor sociale, am găsit oportun să accentuăm, să precizăm şi să reorganizăm lupta permanentă pe care Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale trebue să o dea pentru combaterea tuberculozei, a boalelor venerice, a pelagrei şi în general a tuturor boalelor cari au un caracter social prin întinderea lor şi prin consecinţele pe cari le au asupra populaţiei.

Tot prin alăturatul Decret Lege se desfiinţează Consiliul sanitar al ocrotirilor sociale, consiliile interministeriale, Consiliul Superior de Coordonare, de cooperare sanitară şi de ocrotire socială, Consiliul superior balneoclimatic.

Toate aceste Consilii nu pot avea existenţă utilă, dovadă este că până astăzi nici măcar nu au luat fiinţă. Atribuţiunile lor au fost trecute Consiliului sanitar superior sau Camisiei administrative a acestui Minister».

DECRET-LEGE
pentru modificarea unor dispoziţiuni din legea pentru organizarea Ministerului Sănătăţii şi ocrotirilor sociale

ART. 1. — Secţiunea VI din capitolul II, art. 28 şi 42 din legea pentru organizarea Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor sociale din 20 Noembrie 1939, cu modificările din 19 Februarie 1941, se modifică după cum urmează:

Consiliul Sanitar Superior

ART. 17. — Consiliul sanitar superior este organul consultativ, ştiinţific şi tehnic al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor sociale în toate chestiunile de ordin general, privitoare la sănătatea publică şi ocrotirile sociale.

ART. 18. — Consiliul sanitar superior se compune din membri de drept şi membri numiţi.

Sunt membri de drept: Medicul şef al Armatei, Directorul general al Casei centrale a Asigurărilor soicale, dacă este medic, medicii efori sau epitropi

ai Eforiei Spitalelor civile, Aşezămintelor Brâncoveneşti şi Epitropiei Sf. Spiridon din Iaşi, Directorul medical al Căilor ferate, Medicul şef al Spitalului militar central «Regina Elisabeta».

Membrii numiţi sunt în număr de 50. Ei se numesc prin decret, pe termen de 3 ani, în urma propunerii Ministrului Sănătăţii şi Ocrotirilor sociale dintre personalităţile medicale ale ţării, astfel ca în Consiliu să fie reprezentate toate specialităţile medicale şi toate regiunile ţării; doi dintre membrii vor fi farmacişti cu o reputaţie recunoscută în profesiunea lor.

ART. 19. — La şedinţele Consiliului sanitar superior în care se vor discuta probleme ce interesează alte Departamente sau Instituţiuni, pot fi invitaţi a lua parte cu vot consultativ şi delegaţii acestora

Deasemenea, Consiliul va putea, dacă va găsi că este necesar, să cheme la şedinţe şi tehnicieni din diferite domenii de activitate, calificaţi în problemele ce urmează a fi discutate.

ART. 20. — Consiliul sanitar superior îşi dă avizul sau face propuneri asupra următoarelor probleme:

1. Asupra organizării şi funcţionării serviciilor de asistenţă medicală, de igienă şi medicină preventivă, cât şi de ocrotire socială;

2. Asupra chestiunilor de ştiinţă aplicată care interesează sănătatea şi ocrotirea publică şi asupra chestiunilor de legislaţie sanitară;

3. Recomandă numirile de membri în Comisia pentru combaterea boalelor infecţioase şi sociale, în Comisia farmaceutică şi în cea administrativă.

ART. 21. — Consiliul va fi convocat de Ministru odată pe lună în mod obligator şi facultativ ori de câte ori va găsi că este necesar.

El este prezidat de Ministru sau în lipsa sa, de Secretarul general.

Directorii Igienei şi Medicinei preventive şi al Medicinei curative, vor îndeplini atribuţiunile de secretari ai Consiliului sanitar superior.

Avizele Consiliului sanitar superior se iau cu majoritatea relativă a membrilor prezenţi şi devin executorii în urma aprobării ministeriale.

ART. 22. — Membrii Consiliului sanitar superior, profesori sau medici primari de specialitate, au dreptul şi datoria de a controla şi a da directive în ceeace priveşte funcţionarea serviciilor medicale ale tuturor instituţiunilor sanitare ale Statului şi ale instituţiunile particulare, cari primesc, sub orice formă, subvenţiuni dela Stat, judeţ sau comună, ţinând seama de normele generale stabilite de Minister.

Fiecare membru al Consiliului sanitar superior exercită aceste drepturi şi datorii numai pentru serviciile şi problemele din specialitatea sa.

Constatările făcute vor fi comunicate în scris Ministerului Sănătăţii.

ART. 23. — Pe lângă Direcţiunea Igienei sociale funcţionează Comisiunea pentru combaterea boalelor infecţioase şi sociale şi Comisiunea de igienă industrială.

Comisiunea pentru combaterea boalelor infecţioase şi sociale se compune din 11 membri numiţi şi din Medicul şef al armatei.

Numirea membrilor se face de Ministru, prin decizie ministerială, după recomandarea Consiliului sanitar superior, dintre specialiştii consacraţi în domeniul epidemiologiei şi a boalelor sociale.

Comisia va fi convocată de câte ori va fi nevoe, ea va fi prezidată de Ministru, sau în lipsa acestuia, de Secretul general.

Atribuţiunile de secretar al Comisiei vor fi îndeplinite de Directorul Igienei sociale din Minister.

Comisiunea are următoarele atribuţiuni:

a) Studiază mişcarea boalelor infecţioase şi indică măsurile cele mai potrivite pentru combaterea lor;

b) Studiază problemele medico-sociale în legătură cu întinderea tuberculozei, a boalelor venerice, a pelagrei şi a celorlate boli cu un caracter social şi face propuneri pentru organizarea acţiunei sanitare şi sociale pentru combaterea lor.

c) Organizează, execută şi îndrumează pe teren, prin membrii săi, acţiunea de combatere în contra epidemiilor şi a plăgilor sociale;

d) Pregăteşte proectele de regulamente şi instrucţiuni tehnice, precum şi întreg materialul necesar de propagandă privitor la cunoaşterea şi combaterea boalelor infecţioase şi sociale.

Comisiunea de Igienă industrială are următoarea compunere:

Directorii institutelor de Igienă şi Sănătate publică, sau delegaţii lor, Medicul şef al Municipiului Bucureşti, Directorul Muncii, un specialist în Igiena industrială, un arhitect şi un inginer specialist în lucrări sanitare, Directorul Laboratorului central de chimie al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor sociale, un delegat al Uniunii Camerelor de comerţ şi industrie, Directorul Igienei sociale.

Şeful serviciului Igienei este secretarul comisiunii.

Comisiunea de Igienă industrială are următoarele atribuţiuni:

a) Pregăteşte, la cererea Ministrului sau din proprie iniţiativă, proectele de regulamente sau instrucţiuni în domeniul specialităţii ei;

b) Avizează asupra problemelor tehnice puse în discuţia lor de Ministru sau luate în consideraţie din proprie iniţiativă;

c) Indică normele de urmat în cazuri speciale neprevăzute de legi;

d) Judecă în ultimă instanţă, apelurile contra hotărîrilor Comisiunilor de autorizări ale Consiliilor de Igienă judeţene şi municipale — în materie de dărâmări, precum şi de stabilimente care, conform regulamentelor în vigoare, trebuesc instalate la marginea extremă sau în afara razei comunelor.

Hotărârile Comisiunii ca instanţă de apel sunt definitive şi executorii. Ele nu pot fi atacate decât în Contenciosul administrativ.

Comisiunea este prezidată de Ministru, iar în lipsă de Secretarul general, sau de unul dintre membri, profesori universitari, când lipseşte Secretarul general.

Membrii Comisiunii se numesc prin decret, la propunerea Ministrului, pe timp de doi ani.

Dacă un membru face parte din Comisiune prin funcţiunea ce ocupă, va pierde această calitate odată cu funcţiunea.

ART. 42. — Comisiunea administrativă are următoarele atribuţiuni:

a) Decide asupra numirilor definitive înaintărilor, transferărilor, încadrărilor, confirmărilor şi punerei în retragere a personalului sanitar şi de ocrotire superior (medici, farmacişti, chimişti şi dentişti, profesori medico-pedagogi), din toate serviciile şi instituţiunile publice.

b) Se pronunţă asupra liberei practice a Medicinei, Farmaciei, dentisticei şi moşitului. Verifică titlurile şi acordă libera practică în specialităţile medicinei.

Comisiunea administrativă este formată din 3 membri şi un supleant, doctori în medicină, aleşi pe termen de 2 ani, de către Consiliul Sanitar Superior şi este prezidată de către Ministru sau Secretarul General.

Raportorul Comisiei Administrative este Directorul Personalului, iar un funcţionar al acestei Direcţiuni va îndeplini atribuţiunile de secretar.

Atunci când Comisiunea se pronunţă asupra personalului depinzând de alte Departamente sau Instituţiuni, va lua parte şi un delegat al acestora.

Comisiunea nu va putea lucra cu mai puţin de 3 membri, inclusiv preşedintele; deciziunile se iau cu majoritate absolută. In caz de paritate, votul preşedintelui decide.

Avizele, propunerile şi deciziunile Comisiunii se consemnează într'o minută a şedinţei, pe baza căreia se încheie un proces-verbal motivat şi cu arătarea părerei minorităţii.

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNEA CRUDA ȘI FIERUL

ADMIS IN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA: 1 lingură de supă înaintea fiecărei mese

Depozit permanent: Drogueria Standard, Str. Sf. Ionică 8, București

SANGO-STOP

Hemostatic coloidal de origină vegetală

indicat în:

TOATE HEMORAGIILE ȘI MALADIILE

HEMORAGIPARE.

INJECȚII. **SIROP.**

Turon Gesellschaft. Frankfurt a. M.

Dr. Alex. Radu, București 3, Str. Sofia, 30.

Estetica Feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SĂRĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții intramusculare în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existență
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute și cronice** *la copii și adulți,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Pentru literatură și eșantioane a se adresa reprezentanței generale
București, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

In chestiunile de numiri, confirmări, definitivări, încadrări, transferări, pensionări şi de acordare de liberă practică, deciziunile Comisiunii sunt definitive şi executorii.

Numirile, confirmările, definitivările, încadrările şi transferările hotărâte de Comisiunea Administrativă, se fac prin Decret.

ART. II. — Orice dispoziţiuni contrare prezentului Decret-Lege, sunt şi rămân abrogate.

Prime de reşedinţă pentru medicii din regiunile sărace ale ţării

Pentru a se ameliora, într'o mică măsură, salarizarea medicilor din mediul rural, s'a acordat cu începere dela 1 Octombrie 1941 o primă de reşedinţă de 2.000 lei lunar tuturor medicilor de circumscripţie.

Această măsură a fost absolut necesară întrucât medicii de circumscripţie rurală primeau, după noua salarizare, mai puţin decât înainte. Astfel salariul medicilor tineri scăzuse aproximativ cu 1.500 lei lunar, iar acelor cu una sau mai multe gradaţii, scăzuse cu 300 până la 1.000 lei lunar.

Prima de 2.000 lei are rolul să repare această nedreptate.

Pentru regiunile sărace această primă este de 4.000 lei lunar.

Dăm, mai departe, tabloul circumscripţiilor care au o primă de reşedinţă de 4.000 lei, rugând pe medicii cari nu au primit-o încă să o reclame medicilor primari de judeţ.

Judeţul Alba. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Intregalde, circ. Almaşul Mare, circ. Mogoş, circ. Sohodol, circ. Ponor, circ. Sugar, circ. Bucium, circ. Moteş, circ. Fărău, circ. Lopadea, circ. Căptălani, circ. Piet.

Medici de spitale: Preventoriul de copii Sâncrai, Spitalul din Abrud, 2 medici primari.

Judeţul Bihor. — Medici circ. sanitare rurale: Circ. Zece Hotare, circ. Budureasa, circ. Roşia, circ. Homeziu, circ. Curăţele, circ. Serghiş-Vârciorog, circ. Pietroasa, circ. Remetea.

Jud. Hunedoara. — Medici de circ. sanitare rurale: Circ. Bretea Română, circ. Bucureşti, circ. Buruene, circ. Beriu, circ. Risculiţa, circ. Totesti, circ. Lăpugiul Inferior, circ. Mărtineşti, circ. Lunca Cerciu, circ. Sf. Andrei, circ. Gurăsada, circ. Racolt, circ. Vetel, circ. Branişca, circ. Govăjdia, circ. Băcăinţi, circ. Luncoiul de jos.

Medici de spitale: Sanatoriul tbc. Geoagiu, 8 medici primari.

Jud. Cluj-Turda. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Mânăstireni, circ. Călăţele, circ. Mărgău, circ. Rechetău, circ. Scărişoara, circ. Albac, circ. Secătura, circ. Avram Iancu, circ. Vidra, circ. Bistra, circ. Lupşa, circ. Bălceşti, circ. Sălciua de jos, circ. Baia de Arieş, circ. Băişoara, circ. Feleac, circ. Aiton, circ. Petreştii-de-jos, circ. Căpuş, circ. Frata, circ. Dâlul Vechi (Iclanzel).

Jud. Argeş. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Uda, circ. Scheiu, circ. Muşeteşti, circ. Corbeni, circ. Galicea, circ. Stroeşti.

Jud. Muscel. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Corbi, circ. Drăghici, circ. Vrăneşti.

Jud. Dâmboviţa. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Runcu, circ. Cândeşti, circ. Ludeşti, circ. Măneşti, circ. Cobia.

Jud. Ilfov. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Tăriceni, circ. Rădulesti.

Jud. Prahova. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Şoimari, circ. Starchiojd, circ. Călugăreni, circ. Poşeşti, circ. St. Popescu, circ. Teşila.

Jud. Teleorman. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Slobozia Mândra, circ. Sfinţeşti, circ. Beuca, circ. Bragadiru, circ. Popeşti, circ. Orbeasca, circ. Vârtoapele.

Jud. Vlaşca. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Scurtu, circ. Şelaru, circ. Frăsinet.

Jud. Constanţa. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Siliştea, circ. Rasova, circ. Băneasa, circ. Dumbrăveni, circ. Valea Rea, circ. Sarai.

Jud. Ialomiţa. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Brătianu circ. Dragalina, circ. Axintele, circ. Albeşti.

Jud. Dolj. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Murgaşi, circ. Botoşeşti, circ. Orodel, circ. Rojiştea, circ. Vela; Sanatoriul tbc. Leamna, 2 medici primari.

Jud. Gorj. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Poiaru, circ. Cordeşti, circ. Urezani, circ. Alimpeşti, circ. Tg. Logreşti, circ. Prigoria, circ. Turbaţi, circ. Bumbeşti; Sanatoriul tbc. Cărbuneşti, 1 medic.

Jud. Mehedinţi. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Slivileşti, circ. Bâlvăneşti, circ. Rudina, circ. Bistriţa, circ. Greceşti, circ. Jidoviţa (Brejniţa).

Jud. Olt. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Părosi, circ. Casa Veche, circ. Ursi, circ. Făgeţelu, circ. Izvorul, circ. I. I. C. Brătianu; Sanatoriul tbc. Greci, 1 medic primar.

Jud. Romanaţi. — Medici de circ. sanitare rurale- circ. Găvăneşti, circ. Ştirbei, circ. Baldovineşti, circ. Pleşoiu, circ. Grojdibod.

Jud. Vâlcea. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Roşiile, circ. Uşurei, circ. Glăvile, circ. Popeşti, circ. Locusteni, circ. Slătioara, circ. Greci, circ Roeşti, circ. Stoeneşti.

Jud. Braşov. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Moecul de Jos, circ. Sita Buzău.

Jud. Făgăraş. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Veneţia-de-Jos, circ. Lissa, circ. Soars.

Jud. Sibiu. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Dostat, circ. Alămor, circ. Fofeldea.

Jud. Târnava Mare. — Medici de circ. sanitare rurale- circ. Săcel, circ. Buia.

Jud. Târnava Mică. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Smig, circ. Sălcud, circ. Sânpaul, circ. Sona, circ. Deaj.

Jud. Bacău. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Gloduri, circ. Horgeşti, circ. Băseşti, circ. Căiuţi, circ. Bereşti-Bistriţa, circ. Secueni, circ. Tămaşi.

Jud. Baia. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Tătăruşi, circ. Râşca, circ. Brusturi, circ. Horodniceni.

Jud. Fălciu. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Grumezoaia, circ Bunesti, circ. Băsăşti.

Jud. Iaşi. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Lungani, circ. Poeni, circ. Plugari, circ. Trifeşti, circ. Cornesti, circ. Erbiceni, circ. Glăvăneşti; Sanatoriul tbc. Erbiceni, 1 medic primar.

Jud. Neamţ. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Pipirig, circ. Calu-Iapa, circ. Tazlău, circ. Rediu, circ. Ghigoeşti, circ. General Averescu, circ. Grumăzeşti.

Jud. Roman. — Medici de circ sanitare rurale: circ. Stănita, circ. Oteleni, circ. Poienile-de-jos, circ. Giurgeni, circ. Bălusesti.

Jud. Vaslui. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Surăneşti, circ. Ciorteşti, circ. Tanacu, circ. Tibana.

Jud. Botoşani. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Călăraşi, circ. Albeşti, circ. Gorbăneşti, circ. Bălusenei.

Jud. Brăila — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Latinu, circ. Bordei Verde, circ. Ciocile, circ. Gropeni, circ. Batogu.

Jud. Buzău. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Păltineni, circ. Policeori, circ. Cătina, circ. Brăeşti, circ. Smeeni, circ. Beceni, circ. Vintilă Vodă, circ. Cozieni, circ. Gura Teghii, circ. Tisău, circ. Grădiştea, circ. Ciorranca, circ. Vadul Păşii, circ. Zărneşti; Sanatoriul tbc. Nifon, 1 medic primar.

Jud. Putna. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Nereju, circ. Mera, circ. Movilita, circ. Năruja, circ. Vidra, circ. Vizantia.

Jud. R. Sărat. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Jitia, circ. Buda, circ. Dealul-Lung, circ. Murgeşti.

Jud. Tecuci. — Medici de circ. sani-

tare rurale: circ. Vultureni, circ. Colonești, circ. Răchitoasa, circ. Glăvănești, circ. Stănișești, circ. Rogoaza, circ. Buciumeni, circ. Movileni, circ. Rădăcinești, circ. Găiceanca.

Jud. Tulcea. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Carmen Sylva, circ. Chilia Veche, circ. Slava Cercheză, circ. Telița, circ. Beidaud, circ. Dăjeni, circ. Principele Mihai, circ. Pecineaga, circ. Ceamurlia-de-Jos, circ. Sarichioi, circ. Domnița Maria, circ. Agighiol; Leprozeria Tichilești, 1 medic primar.

Jud. Tutova. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Suletea, circ. Avrămești, circ. Căbești.

Jud. Covurlui. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Băneasa, circ. Tudor Vladimirescu, circ. Oancea, circ. Băleni.

Jud. Arad. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Petriș, circ. Julița, circ. Săvârșin, circ. Hălmăgel, circ. Vârfurile, circ. Hălmagiu, circ. Dezna, circ. Tăuți, circ. Șilindia, circ. Gurahonț, circ. Sichula, circ. Almaș.

Jud. Caraș. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Suchevița, circ. Pojejena-de-Jos, circ. Târnava, circ. Bănia, circ. Secășeni, circ. Prigor, circ. Dalboșeț, circ. Vermeș, circ. Socol Bazias, circ. Naidaș, circ. Belișteț circ. Lidia.

Jud. Severin: Medici de circ. sanitare rurale: circ. Bara, circ. Sărăzan, circ. Mărulu, circ. Căprioara, circ. Cornereva, circ. Cârpa, circ. Gladna Română, circ. Plavișevița, circ. Bata, circ. Fârliug, circ. Rusca Montană, circ. Iablanița, circ. Mânăștur, circ. Slatina Timișului.

Jud. Timiș-Torontal. — Medici de circ. sanitare rurale: circ. Secaș, circ. Guvejdia, circ. Hernițacova, circ. Bogda, circ. Sistarovăț.

Descentralizarea administrației sanitare.

Una din dificultățile cele mai importante care stăteau în calea reorganizării sanitare era centralizarea excesivă a administrației sanitare.

De aceea Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale a socotit că se impunea o descentralizare a administrației sanitare care să dea organelor sanitare locale libertatea de acțiune și de inițiativă de care acțiunea sanitară are atâta nevoe.

Prin decizia Nr 3730 din 9 Aprilie 1941 s'a făcut o descentralizare largă dându-se fiecărui organ sanitar dreptul de a putea lua dispoziții de natură să asigure bunul mers al serviciilor respective.

Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale urmărea prin această decizie de descentralizare a administrației sanitare, realizarea unei economii de muncă, de energie, de timp și de material care până atunci se pierdeau în chip inutil prin faptul că și cele mai mărunte chestiuni de interes pur local erau înaintate Ministerului, complicând și întârziind adeseori rezolvirea lor.

Apoi prin descongestionarea Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale de prea numeroasele atribuțiuni de ordin secundar, pe care le avea, se putea ajunge ca acest Departament să devină în mod real o instituție tehnică de îndrumare, realizări și coordonare în domeniul sănătății publice.

Dar pentru realizarea în condiții bune a descentralizării era necesară și o simplificare a administrației sanitare.

Pe de altă parte prin Decretul-Lege Nr. 2853 publicat în Monitorul Oficial Nr. 243 din 13 Oct. 1941 se pune la dispoziția spitalelor un fond propriu, din taxele de spitalizare.

Prin această decizie spitalele, circumscripțiile sanitare, laboratoarele de igienă, instituțiile de ocrotire, pot să-și administreze singure, fondurile proprii, provenite din toate taxele încasate dela bolnavi cari până acum se vărsau Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Medicii primari de județ devin un organ de coordonare al administrației sanitare, putând să dea dispoziții de executare de lucrări la instituțiile sanitare în subordine. Apoi medicul primar de județ devine ordonator secundar, ordonanțând cheltuelile de hrană, de întreținere, precum și alte fonduri alocate.

Inspectorul General Sanitar rămâne un organ de îndrumare și inspecție căruia i s'a redus atribuțiile administrative, dar i s'au mărit atribuțiile tehnice medicale.

S'a realizat astfel o adevărată autonomie a administrației sanitare locale, dându-se putința unor realizări și inițiative de natură să mărească randamentul instituțiilor medicale, în toată țara.

Stagiul de spital al studenților în medicină

Printr'un regulament promulgat anul trecut s'a organizat stagiul de vară al studenților în medicină în toate spitalele din țară.

Pentru ca studenții în medicină să poată fi utilizați cu maximum de randament în spitale în cursul stagiului de vară, s'a hotărît de către Consiliul de Miniștri ca ei să primească o pregătire medicală practică în serviciile de chirurgie.

Conform acestor dispoziții, Consiliul Profesoral al Facultății de Medicină din București, în ședința sa din 5 Februarie a decis ca toți studenții în medicină să capete cunoștințe practice de mică chirurgie în serviciile chirurgiale ale spitalelor din București.

In acest scop, programul cursurilor din anul I și II ai Facultății de Medicină din București, s'a modificat în sensul că studenții vor fi obligați să facă în fiecare săptămână două zile de stagiu în serviciile de chirurgie ale spitalelor din București între orele 8 și 12 dimineața.

Pentru ca acest stagiu să dea rezultate cât mai bune, studenții din anii I și II vor fi repartizați la toate serviciile de chirurgie din Capitală, întocmindu-se totdeodată o programă analitică de cunoștințele minimale pe care vor trebui să le aibă la sfârșitul stagiului.

O comisie compusă din trei profesori chirurgi ai Facultății de Medicină din București va constata cunoștințele căpătate de studenții anilor I și II.

Studenții din anii III, IV și V cari nu sunt externi și interni de spitale își vor completa cunoștințele practice de mică chirurgie, sub conducerea profesorilor de clinică chirurgicală, care predau cursuri la acești ani de studii.

Studenții din anul VI cari s'ar dovedi că nu au încă suficiente cunoștințe de mică chirurgie și le vor completa în clinicele de obstetrică.

Pentru ca organizarea acestui învățământ practic să se facă în condițiuni cât mai bune, s'a ținut o reuniune a chirurgilor din Capitală, la Ministerul sănătății în ziua de 12 Februarie.

D-nii Profesori Iacobovici, Hortolomei și Nasta au dat, cu acest prilej câteva directive generale asupra caracterului practic pe care trebue să îl aibă învățământul micei chirurgii pentru studenții din primii doi ani de medicină.

Conform hotărîrei d-lui Ministru al Culturei Naționale, același sistem de pregătire a studenților în medicină, pentru a-i face cât mai utili la serviciile de spitale în cursul stagiului de vară, se va aplica și la Facultățile de Medicină din Iași și din Sibiu.

Revizuirea medicilor specialiști

In conformitate cu hotărîrea Consiliului de Miniștri și în urma aprobărei d-lui Mareșal Antonescu, Ministerul sănătății și ocrotirilor sociale va face în cursul lunei Februarie, revizuirea tuturor medicilor specialiști din țară.

La recensământul făcut în 1941, o par-

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : *4 la 10 comprimate pro die*

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil - sulfamid α-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

Fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : *10 la 20 cc. pro die*

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE **SPECIA**
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

Uricedina

in tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta, reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile vezicei urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare, atonie intestinală, obezitate.

Reprezentanță:

Loew & Co. S. A.

Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.

Berlin SO 36

CINNOBIOL

Cinamat de Benzil, Cholesterină, Eucaliptol, Guaiacol.

Imunizație artificială contra infecțiunilor bacilare, afecțiuni ginecologice (leziuni inflamatorii, ulcerații produse de agenți patogeni).

1—2 fiole intramusc. pe zi

NEOPULMIN

Camphor, Urotropin, Guaiacol Oleiuri volatile transformate în combinații hidrosolubile.

Pneumonie, broncho-pneumonie, bronșite acute și cronice, abcese pulmonare, stimulent cardiac în maladii infecțioase.

1—2 fiole intramusc. pe zi

Mostre și literatură Laboratorul „I F A R"

Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — București IV

Telefon 5.67.48

te din medici au declarat că practică o anumită specialitate.

In conformitate cu legea sanitară în vigoare, titlul de specialist se conferă de ministerul sănătăţei şi ocrotirilor sociale, care are obligaţia de a controla şi dirija practica medicală.

In vederea revizuirei specialiştilor, d. prof. dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţei şi ocrotirilor sociale a numit prin decizie ministerială următoarele comisiuni:

Chirurgie: d-nii dr. Iacobovici Iacob. Hortolomei N., Nasta Traian, profesori la Facultatea de medicină din Bucureşti.

Medicină internă: d-nii dr. Lupu Gh. N., Basil Teodorescu, profesori la Facultatea de medicină Bucureşti; N. Gruia Ionescu, medic primar, dir. spital.

Obstetrică şi ginecologie: d-nii d-ri Săvulescu D., profesor la Clinica Obst. Georgescu Marius, profesor suplinitor Bucureşti; Bădescu Al., medic primar director al Maternităţii C. F. R. Buc.

Urologie: d-nii dr. Marinescu Gh., agregat la Facultatea de Medicină Bucureşti; Burghele T., conferenţiar Facultatea de Medicină Bucureşti; Trifu V., docent universitar, Bucureşti.

Ortopedie: d-nii d-ri: Cosăcescu Al., prof. Facultatea de Medicină Iaşi; Rădulescu Al., medic primar, dir. Spit. de Ortopedie; Topa Petre, chirurg primar Dir. C. A.S.

Oftalmologie: d-nii d-ri: Manolescu D., prof. universitar Bucureşti; Glăvan Ioan, medic primar; D. Lăzărescu, medic primar de oftalmologie.

Oto-rino-laringologie: d-nii d-ri: Ţeţu Ioan, conferenţiar o. r. l. Facul. Medicină Bucureşti; Racoveanu Virgil, medic şef secţie Spit. Militar «R. E.», Borş D., asistent univ., medic primar Serv. Sanitar.

Neuro-chirurgie: d-nii d-ri: Amza Jianu, prof. la Facultatea de Medicină Bucureşti; Moruzzi Al., prof. la Facult. de Medicină Iaşi; Bagdasar D., medic primar Spitalul Central Bucureşti.

Radiologie: d-nii d-ri: Lăzeanu Ermil, conferenţiar la Facultatea de Medicină Bucureşti; Jovin Ion, docent şi şef de lucrări la Facul. de Medicină Bucureşti; Georgescu Amilcar, şef de lucrări Facultatea de Med. Bucureşti.

Puericultură şi medicină infantilă: d-nii d-ri: Gane Titu, prof. Facultatea de Medicină Bucureşti; Burileanu Octav, medic primar; Alfred Rusescu, prof. la Facultatea de Medicină Bucureşti.

Neurologie: d-nii dri: Ionescu-Sireşti, profesor Facultatea de Medicină Bucureşti; Niculescu T. Ion, profesor Facultatea de Medicină Bucureşti; Drăgănescu State, conferenţiar univ. Bucureşti.

Dermato-sifiligrafie: d-nii d-ri: Nicolau Ştefan, prof. onorar Bucureşti; Tătaru Coriolan, prof. titular-Sibiu; Săraţeanu Florian, conferenţiar, Facult. Med. Bucureşti.

Contagioase: d-nii d-ri: Troe Aurel, medic primar spitalul Colentina; Fulga C., medic primar de boli contagioase Ploeşti; Balş, medic primar şi asistent univ. la Clinica de boli contagioase.

Psihiatrie: d-nii d-ri: Constantinescu Ion, medic primar Spitalul Central Bucureşti; Constantinescu Sebastian, medic primar Spit. Central Bucureşti; Vasilescu Al., medic primar Spitalul CentralBucureşti.

Stomatologie: d-nii d-ri: Dan Teodorescu, prof. Facultatea de Medicină Bucureşti; Duţescu D., medic primar: Stroescu Petre.

T. B. C.: d-nii d-ri: Irimescu Ştefan, directorul sanatoriului Filaret; Nasta Marius, şef de secţie la Inst. «Cantacuzino»; Daniello Silviu Leon, conferenţiar Facultatea de Medicină Sibiu.

Laborator: d-nii d-ri: Ionescu Mihăeşti, Ciucă M., Ciocâlteu V., profesori la Facultatea de Medicină din Bucureşti.

Cele 17 comisii de revizuire a medicilor specialişti au fost convocate Luni 2 Februarie, orele 11 dim., în amfiteatrul Ministerului sănătăţii şi ocrotirilor sociale, pentru a discuta şi stabili normele după care urmează să se acorde titlul de specialist.

D. prof. dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, luând cuvântul, a mulţumit domnilor membri ai comisiilor instituite, pentru concursul pe care înţeleg să-l dea organelor sanitare de Stat, şi a arătat nevoia ca această arzătoare problemă a practicei medicale să fie definitiv reglementată.

Problema specializării medicilor, ca şi a numărului lor, a fost lăsată la iniţiativa particulară, fără să constitue o preocupare de seamă a conducerii sanitare. Din această cauză, actualmente, dispunem de un număr mic de specialişti şi mai ales nu cunoaştem cu exactitate numărul lor şi capacitatea lor profesională.

Este imperios necesar să se stabilească de către personalităţile cele mai competente dintr'o specialitate medicală, cari sunt medicii, cari prin cunoştinţele lor şi practica lor profesională se pot intitula specialişti.

Aceasta este necesar, pentru a se putea întocmi un program eşalonat pe mai mulţi ani, de completare a cadrelor medicale cu medici specialişti şi pentru a se stabili în mod definitiv pe ce specialişti putem conta pentru încadrarea cu medici a spitalelor noastre de specialitate.

Pentru a se acorda titlul de specialist unui medic, este nevoe de un anumit stagiu într'un serviciu de specialitate, de trecerea unor anumite probe şi de obţinerea unor anumite titluri.

Au urmat discuţiunile asupra normelor de acordare a titlului de medic specialist la cari au luat cuvântul d-nii prof. dr. Manolescu, prof. dr. Hortolomei, prof. dr. Iacobovici, dr. Topa, prof. dr. Gane, etc.

Ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale va imprima o broşură cu numele tuturor medicilor cari pot să poarte titlul de medic specialist.

Medicii cari nu vor figura în această broşură, şi cari consideră că au drept la titlul de specialist, vor putea înainta Ministerului Sănătăţei, un scurt memoriu arătând titlurile în baza cărora cred că au dreptul să poarte titlul de medic-specialist.

Congresul de chirurgie de război dela Iaşi.

In zilele de 21, 22 şi 23 Februarie se va ţine la Iaşi congresul de chirurgie de război, sub înaltul patronaj al Domnului Mareşal Ion Antonescu, Conducătorul Statului.

Rapoartele puse în discuţiune sunt următoarele:

1. Prof. I. Iacobovici: Plăgile toracice.
2. Prof N. Hortolomei: Plăgile vezico-uretrale.
3. Prof. A. Cosăcescu: Hemoragiile secundare.
4. Prof. A Moruzi: Gangrena gazoasă.
5. Prof. M. Ciucă: Preventiunea tetanosului.
6. Prof. I. Nicolau: Transfuzia sanguină.
7. Prof. V. Buţureanu: Fracturile diafizare.
8. Doctor D. Bagdasar: Plăgile cranio-cerebrale
9. Prof. I. Tănăsescu şi Medic General Pârvulescu: Triajul şi evacuarea răniţilor.

La acest congres sunt învitaţi să ia parte toţi chirurgii cari au lucrat la Spitalele din zona de operaţiuni sau la cele din zona interioară. — Chiar dacă nu au primit invitaţiuni individuale, sunt rugaţi să participe la desbateri, în care vor aduce observaţiile personale ce au făcut.

NOTIŢE TERAPEUTICE

Cercetările clinice cu noul preparat „Eleudron" făcute în Serviciul de Boli Venerice din Spitalul Militar „Regina Elisabeta"

de Medic Maior **Negreanu** şi
Medic Maior **Radu Constantinescu**
(După Rev. San. Mil. 1941, Nr. 6)

Experimentând acest nou preparat am obţinut următoarele rezultate:

Produsul a fost administrat la un număr de 24 bolnavi, suferind de blenoragie acută sau cronică, sau orhiepididimită cronică.

Acest preparat are formula chimică: p-am.dofenilsulfonamidom.azol şi se află în comerţ în tablete de 0.50 ctgr.

L'am administrat singur fără îngrijiri locale în cursul dimineţii după ce bolnavul a mâncat ceva uşor însă consistent. Am recomandat bolnavului apă alcalină după fiecare doză de medicament, regim şi repaos.

Am administrat medicamentul la majoritatea bolnavilor câte 10 tablete pe zi, 2 tablete la fiecare oră în cursul dimineţii. Durata tratamentului a fost în majoritatea cazurilor de 48 ore repartizate astfel:

Blenoragie acută (2—5 zile) gonococi prezenţi 9 cazuri.

După primele 24 de ore de tratament (5 gr. de preparat) secreţia dispărută, fenomenele locale dispărute.

După 48 de ore de tratament urini limpezi, secreţia dispărută. Unii bolnavi supuşi la proba berli nu au prezentat nici o reuşită după 6—10 zile de observaţie.

Blenoragie subacută şi cronică (10—40 de zile) cu gonococi prezenţi 12 cazuri.

După primele 24 de ore secreţia complet dispărută, absenţa gonococilor după 24 de ore de tratament. Vindecarea clinică şi bacteriologică, care se menţine şi după toate probele făcute.

Orhiepididimită cronică 3 cazuri au necesitat până la completa vindecare prelungirea tratamentului cu Eleudron dând primele 2 zile câte 10 comprimate, iar următoarele 2—4 zile, după caz, câte 6 comprimate, fără nici o altă îngrijire locală.

In medie în 5 zile s'au vindecat complet după aproximativ 20 gr. Eleudron.

Majoritatea bolnavilor au fost ţinuţi sub observaţie sau revăzuţi după 10—15 zile vindecarea menţinându-se. Bolnavii mai sunt încă în observaţie.

Am observat în unele cazuri uşoare tulburări gastro-intestinale (gastralgii) care dispăreau odată cu încetarea tratamentului şi uşoară cefalee. Nu am observat nici o complicaţie în cursul tratamentului.

Am făcut la toţi bolnavii hemograma repetată în timpul tratamentului şi nu am observat nici o modificare a formulei sanguine. Ureea în sânge şi urina nu au prezentat modificări în cursul tratamentului cu Eleudron.

In concluzie, întrucât:

1. Secreţia şi gonococul dispar în maximum 48 ore;
2. Simptomele obiective dispar după 24 de ore de tratament, bolnavul putând fi apt pentru serviciu imediat;
3. Modul de tratament fiind foarte simplu şi uşor de aplicat la orice infirmerie;
4. Cu o foarte bună acţiune terapeutică şi foarte puţin toxic.
5. Evită complicaţiunile obişnuite în blenoragie.

Credem că acest nou preparat este un mijloc raţional şi foarte eficace în tratamentele ambulatorii şi fără îngrijire locală în blenoragia acută şi cronică.

* * *

Câteva indicaţiuni pentru recunoaşterea anemiei pernicioase

W. Vogel
Spitalul Rosenheim : Landarzt 1940 No. 4 p. 25.

Pentru medicul practician nu este întotdeauna uşor, să pună diagnosticul de anemie pernicioasa, mai cu seamă dacă lipsesc simptomele caracteristice (glossita, sensibilitatea oaselor la percuţie, paloarea), şi dacă bolnavul nu se plange decât de turburări generale. Astfel e posibil ca anemia pernicioasă — dacă medicul practician renunţă la examenul sanguin — să nu fie recunoscută, ba chiar ca bolnavul să fie considerat multă vreme ca isteric. V. a tratat de ex. în clinică un bolnav de 35 de ani, la care cu ¾ de an înainte de internare parestezii, lipsă de poftă de lucru şi oboseală, precum şi nevralgii diverse, au fost motivul pentru care a consultat mai mulţi medici; dar nici unul nu i-a ajutat, căci masajele, băile şi fricţiunile recomandate de aceşti medici nu i-au putut produce nici o ameliorare. Turburările se agravau mereu, au survenit stări de depresiune şi imposibilitate aproape totală de a merge. In fine, bolnavul a ajuns în clinică cu diagnosticul de scleroză multiplă. Unele pledau chipurile şi în favoarea acestui diagnostic; dar tabloul sanguin (Hemoglobină 45%, hematii 1620000, indicele de culoare 1,3) pleda pentru anemie pernicioasă cu mieloză funiculară. Simptomele nevralgice cari se găsesc pe primul plan înşelaseră asupra cauzei adevărate a afecţiunei. Campolon (intramuscular), vitamina B_1 (intramuscular) şi HCl (pe cale bucală) au adus prompt o ameliorare a tabloului sanguin (după 5 săptămâni H = 65%, hematii 3500000, i. colorimetric 0,9), precum şi a stării psichice şi generale. Altă dată, a fost adusă la clinică o femee de 42 de ani pentru «schizofrenie»; în deplină stare de sănătate, fizică şi psichică apăruseră depresiuni, iritabilitate şi accese de furie; o încercare de sinucidere a eşuat. La clinică, bolnava spune că de un an are parestezii în mâini; tabloul sanguin dă diagnosticul (i. col. 1,2) anemie pernicioasă. Chiar dela a 2-a injecţie de Campolon depresiunile dispar, mai cu seamă desinteresarea atât de frapantă faţă de familia ei. La o altă femee, s'a făcut internarea cu diagnosticul de septicemie cu streptococ viridans. Ca antecedente (de un an) găsim anemie, senzaţie de ameţeală mergând până la lipotimie, nevralgii în membrul inferior drept, gripă cu participarea endocardului, care probabil a fost şi ea cauză diagnosticului fals, împreună cu temperatura subfebrilă existentă. Examenul sangelui, făcut deabia în clinică (H=48%, hematii 1900000, i. c. 1, 2), a dus la diagnosticarea justă a afecţiunei: anemie pernicioasă, a cărei tratare a adus o ameliorare rapidă. — 6 alţi bolnavi cu anemie pernicioasă au fost internaţi ca bolnavi cu «turburări ale tubului digestiv», cu gastroenterite, ulcere gastrice, alţii fuseseră trataţi multă vreme pentru anemie (dar nu anemie pernicioasă) sau fenomene nevralgice, dar fără nici un rezultat. Dar la nici unul din bolnavi nu se făcuse examenul sângelui, care ar fi descoperit foarte repede motivul turburărilor. Insă medicul practician nu ar trebui să se ferească de oboseala unui examen sanguin, sub pretextul «enormei pierderi de timp» pentru a nu renunţa în detrimentul bolnavilor săi la excelentele rezultate terapeutice obţinute cu extractele hepatice în anemia pernicioasă.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus, adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53, Bucureşti I. Tel. 3.92.86

Pyridium

Antiseptic urinar

cu acțiune analgetică,
rapidă Scurtează timpul boalei

Cistite, Pielite, Prostatite

Forme de prezentare: Tuburi cu 12 dragele Flacoane cu 25 dragele

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România **Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.**

CHLORO-CALCION

Laboratoire Michels — 9 Rue Castex Paris. (IVe)

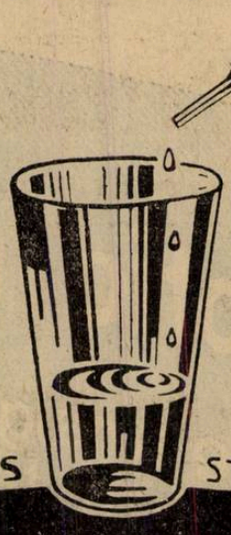
O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT



ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.

Prospecte ilustrate gratuite

Condițiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

într'o poziție privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentului:
în camere pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschlaud)

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69 03

Un singur mijloc pentru combaterea gripei și a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

VITAMINA A+D

XEROSTERIN

SOLUȚIE ȘI TABLETE

Soluție (1 cc. = 30.000 U. vitamină A. și 10.000 U. vitamină D).

Tablete (1 tabletă = 3.000 U. vitamină A și 1.000 U. vitamină D).

SYNTHOESTRIN

Fiole și tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4. 4' Dipropionil - oxi - alfa beta - Dietil-Stilben.

Acțiune identică cu a hormonului folicular.

Una fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 unități internaționale hormon folicular cristalizat.

Neurastenii — Nevroze — Maladii consomptive — Tuberculoză, etc.

CALCIGENOL

Fosfaţi de calciu în suspensiune coloidală

Lichid.—Adulţi: 3 linguri de supă pe zi
Copii: 3 linguriţe pe zi.

Afecţiunile căilor respiratorii

CREOPHOSAN

(Fosfat de calciu creozotat şi gaiacolat)

Adulţi: 3 linguri de supă pe zi.
Copii: 3 linguri de desert pe zi.

Rachitism - Toate formele de tuberculoză
Limfatism-Carii dentare-Creştere dificilă
Sarcină — Alăptare — Fracturi, etc.

CALCIGENOL

IRADIAT

Fosfaţi de calciu coloidal + Vitamină D.

Lichid.—Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2—3 linguriţe pe zi.

Demineralizare-Fosfaturie-Inapetenţă
Neurastenie — Maladi consomptive
Sarcină — Alăptare

PHOSPHARSYL

Fosfaţi de Calciu metilarseniaţi

Elixir:
Adulţi: 2—3 linguri de supă pe zi.
Copii: 2 linguri de desert pe zi.
După fiecare serie de 8 zile, se face o mică pauză.

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate
Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiză.

CALCIGENOL

GRANULE

Fosfat de Calciu micelar, Hipofiză, Paratiroidă.

Granule: 2—3 linguriţe de cafea pe zi.

Tuberculoză— Neurastenie —Maladii astenizante — Debilitate — Fracturi
Alăptare — Sarcină.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

Fosfaţi de Calciu

Lichid: 2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Toate formele de Tuberculoză
Hemoragii — Anafilaxie

CALCIGENOL

INJECTABIL
Levulinat de calciu

Fiole: de 2, 5 şi 10 cc.
Injectabile intravenos sau intramuscular.

Rachitism — Turburări de creştere
Tuberculoză — Alăptare — Fracturi
Anemia limfaticilor.

PHOSPHATE de CHAUX PINARD

IRADIAT

Fosfat Pinard + Vitamina D.

Lichid: 2—3 linguri pe zi, (de supă, desert sau cafea, după vârstă).

Laboratoires du Dr. PINARD-PARIS

Eşantioane şi Literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103. Strada Toamnei, BUCUREŞTI III -- Telefon 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XX No. 5 — 15 Lei Exemplarul — 1 Martie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA ASOCIAŢIUNII SIBIIU

Omagiu ştiinţei medicale germane

SUMARUL:

	Pagina
Profesor Dr. HANS REITER: *Medicul şi poporul*	62
Profesor Dr. G. BESSAU şi H. LÖHR: *Despre o posibilitate de vindecare a anumitor forme de rachitism rezistente la vitamina D.*	73
Profesor Dr. ROBERT RÖSSLE: *Genetica umană şi anatomia patologică*	63
Profesor Dr. G. von BERGMANN: *Plan funcţional şi modificări funcţionale în Biologie şi Patologie*	66
Profesor Dr. PAUL CAFFIER: *Concepţia funcţională în ginecologia operatorie*	68
Profesor Dr. H. STIEVE: *Noi observaţiuni asupra creşterei şi structurei placentei umane*	70

Cea mai frecventă turburare a somnului, adormirea dificilă este înlăturată de

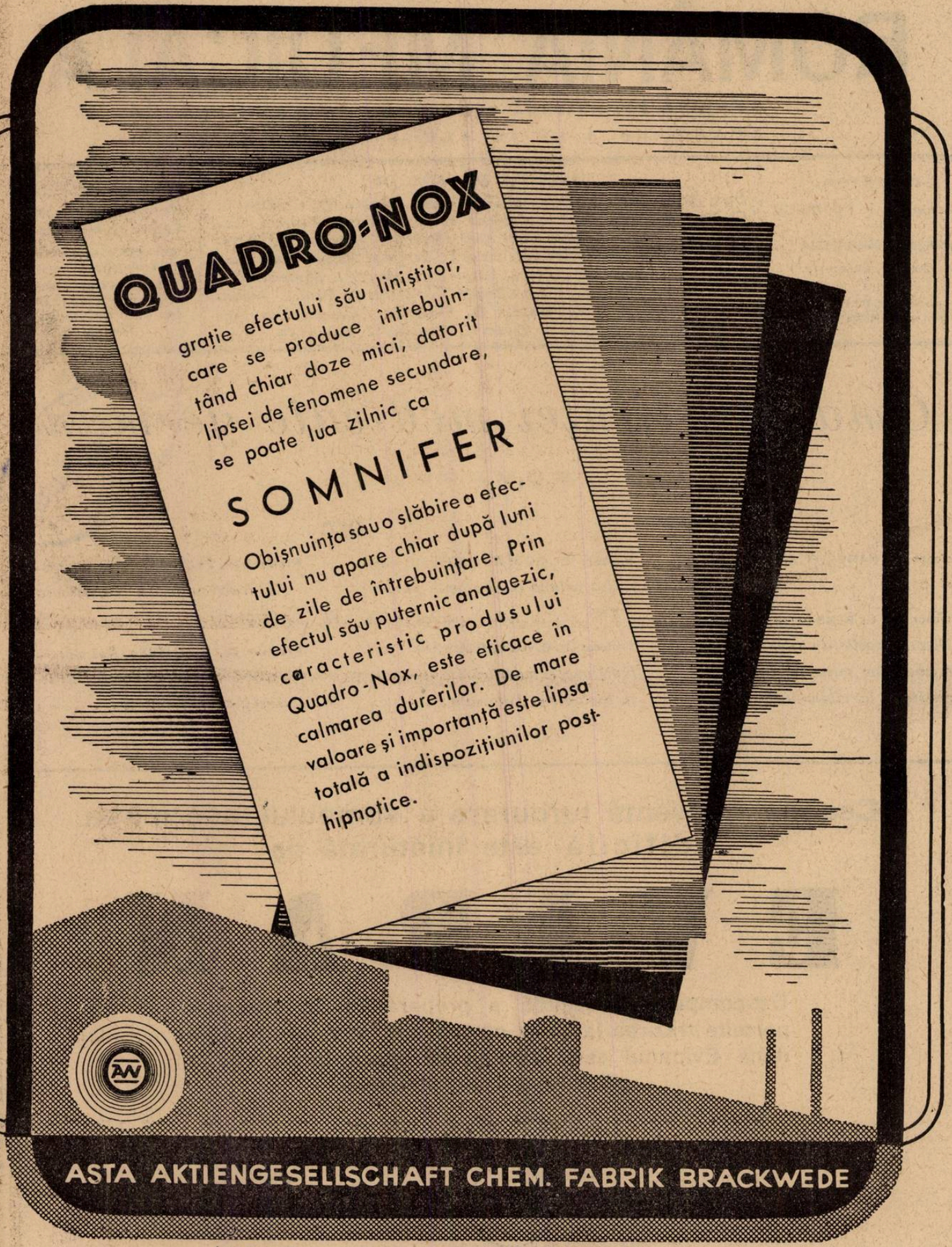
EVIPAN

Descompunerea rapidă a preparatului în organism permite trezirea la timp, cu senzaţie de vioiciune, chiar dacă Evipanul este administrat seara târziu sau în primele ore ale dimineţii.

Tuburi cu 10 tablete a 0,25 gr.

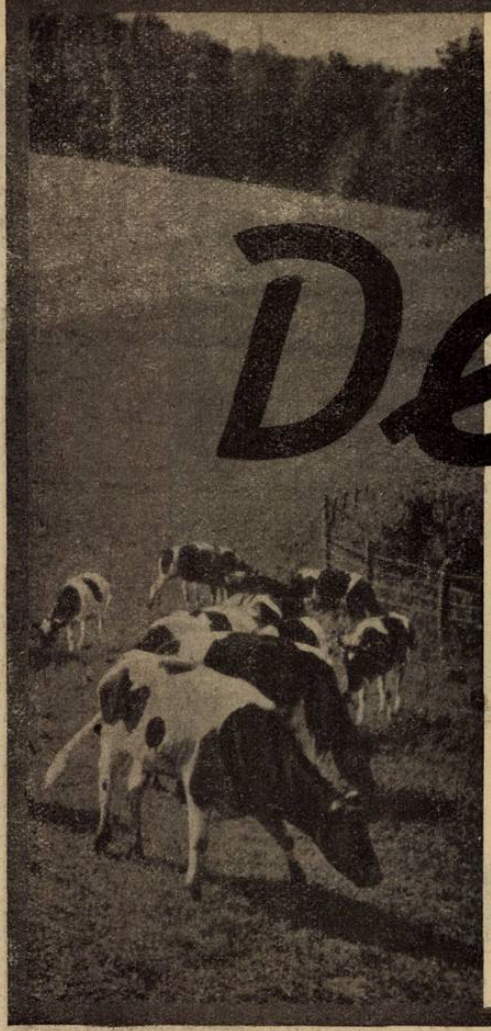
»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R., Bucureşti I, Str. Brezoianu 53. Telefon: 3-92-86



Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

Depozit permanent:. „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București



PENTRU STIMULAREA

SECREȚIEI BILIARE: Comprimate

DIUREZEI: Fiole

Fiole

Decholin

conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.

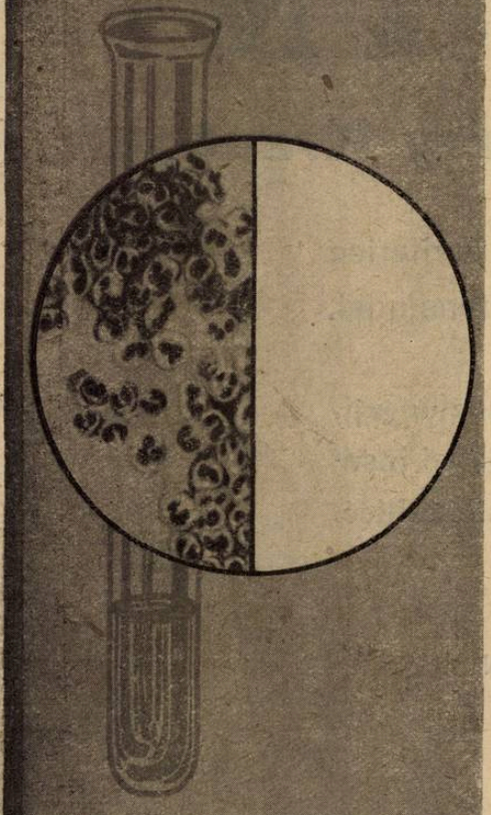
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



ANTISEPTIC, URINAR ȘI GENERAL

NEOHEXAL

în toate procesele infecțioase ale căilor urinare,
precum și în gripe și răceli

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Repr. generală pentru România: «S. I. F.» s. a. r. Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel. 5.51.51

PADUTIN

Hormon circulator după Frey-Kraut

cu acţiune spasmolitică asupra vaselor periferice şi efect regulator asupra circulaţiei şi tensiunei.

Incercat în clinică şi în clientelă de ani îndelungaţi, în turburări de nutriţie tisulară datorite irigaţiei insuficiente, şi în turburările de circulaţie ale vârstei critice.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86

Anul XX No. 5 15 Lei Exemplarul 1 Martie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Omagiu ştiinţei medicale germane

Prin numărul de faţă, alcătuit prin colaborarea a câtorva renumiţi medici germani, «România Medicală» ţine să aducă un omagiu muncii şi realizărilor medicale germane.

Desigur că admirabilele rezultate obţinute atât în domeniul teoretic, cât şi în cel practic, sunt rezultanta unei evoluţiuni de veacuri.

Dar chiar dela primele începuturi, în întunecatul Ev-Mediu, Germania a avut un medic genial, care cu o intuiţie profetică a trasat în scrierile sale, căile pe care ulterior, era să se desvolte medicina germană.

Acest german de geniu, medic, chimist şi naturalist, care a trăit între 1493 şi 1541 este Theophrast Paracelsus von Hohenheim. In anii de învăţătură şi-a apropiat toate cunoştinţele epocii sale şi a călătorit mult, ajungând chiar în ţările valahe şi transilvane.

Intors în patrie el este pentru medicină şi ştiinţele naturale, în genere, ceeace un Martin Luther înseamnă pentru religie, ceeace un Hans Sachs înseamnă pentru poezie: un înovator revoluţionar. El se ridică hotărît împotriva ştiinţei din acele vremuri, care fără vreo legătură cu realitatea faptelor se mărginea a interpreta vechile texte galenice sau aviceniene, în stilul scolastic cel mai rigid.

Proclamând importanţa observaţiei şi experimentului, Paracelsus enunţă că teoria trebue să decurgă din practică şi nu practica din teorie. Alchimiştilor, care se chinuiau să descopere utopica piatră filosofală, prin care totul urma să se transforme în aur, le dă o menire mai realistă şi mai înaltă: să descopere leacuri pentru vindecarea bolilor. Celor ce îngrijesc răni le spune textual: «păstraţi-le curate şi feriţi-le de duşmani ce pot cădea pe ele din afară şi atunci toate se vor vindeca». Medicilor astrologi, care căutau să citească soarta bolnavilor lor din planete sau din stele le spune categoric că planeta şi steaua oamenilor sunt părinţii lor; fiecare poartă în el moştenirea neamului lui; numai din sămânţă curată ies copii curaţi şi desăvârşiţi; în defectul ei trebue să vedem obârşia schilozilor şi a nevolnicilor. In sfârşit, spre a vedea şi înaltul său simţ social, citäm ceeace Paracelsus spune conducătorilor oraşelor şi anume că nu numai prin clădirea de primării monumentale îşi îndeplineşe ei menirea, ci prin grija de soarta nevoiaşilor.

Cu drept cuvânt Germania de astăzi consideră pe acest mare înaintaş drept ctitor al medicinei germane. Deaceea comemorarea a patru secole dela trecerea lui întru veşnicie a fost serbată anul trecut cu cea mai mare cinstire.

Desigur că ideile revoluţionare ale lui Hohenheim nu au fost acceptate imediat; dimpotrivă, ele au determinat în timpurile îndepărtate ale vieţii lui chiar o aprigă opoziţie. Dar, ele erau şi au persistat în spiritualitatea germană şi nu au aşteptat decât ambianţa adecuată, ca prin alţi medici şi cercetători de geniu să-şi ajungă realizarea.

Oameni de laborator şi clinicieni de talia unui *Johannes Müller*, unui *Virchow*, unui *Pflüger*, unui *Frerichs*, unui *v. Recklinghausen*, unui *Robert Koch*, unui *Schmiedeberg*, unui *v. Behring*, pentru a nu cita decât câţiva dintre creatorii din câmpul medicinei germane, lucrând în Universităţile şi spitalele marelor metropole sau ale liniştitelor oraşele universitare sau în Institute anume create pentru cercetarea anumitor probleme din domeniul medical, printr'o observaţie riguroasă, printr'o analiză minuţioasă, prin experienţe ingenioase, adaptând la studiul omului bolnav sau sănătos toate mijloacele pe care progresele fizicei şi chimiei le puneau la îndemână, au avut satisfacţia să facă descoperiri epocale, contribuind în cea mai largă măsură la capitalul de adevăr al medicinei contemporane, atât în domeniul ştiinţei pure, cât şi în acela al medicinei practice.

Un preţios ajutor, pe care îl utilizează in felul cel mai judicios, îl are medicina germană în admirabila industrie a aparatelor de cercetare clinică sau de laborator, din ce în ce mai precise, din ce în ce mai specializate şi în strălucitele progrese ale chimiei care pun la îndemâna medicului în afară de reactivii cei mai căutaţi şi preţioase medicamente, din ce în ce mai eficace, din ce în ce mai specifice. Amintim deasemeni şi cartea medicală germană, atât de bogată în fond, atât de ademenitoare în formă şi care contribuie să împrăştie, în colţurile cele mai îndepărtate ale lumii, faima medicinii germane.

Pe teren social realizările sunt tot atât de exemplare. O temeinică şi vastă organizare a asistenţei, o serie întreagă de măsuri şi de instituţii de prevedere, o serie întreagă de oficii de îndrumare, organizarea sub control medical a condiţiunilor de muncă, instituirea examenelor medicale periodice, asigură cu cele mai adecuate mijloace păstrarea sănătăţii sau redobândirea cât mai rapidă a ei.

Iar sub imboldul naţional-socialismului, care realizând covârşitoarea importanţă a observării stricte a normelor de viaţă sănătoasă în desvoltarea unei naţiuni, a pus medicina printre stâlpii concepţiunilor politicei de stat, o vastă acţiune se duce pentru desăvârşirea sănătăţii publice, prin încurajarea şi răspândirea cea mai largă a practicării, sub control medical, a sporturilor, prin denunţarea şi luarea de măsuri împotriva tuturor obiceiurilor dăunătoare unei bune sănătăţi, prin introducerea şi propaganda deprinderilor sănătoase.

Iar aplicarea datelor ştiinţei eredităţii la descendenţa naţiunii, tinde să realizeze selecţionarea tipului uman perfect, sănătos la corp şi la suflet.

Dar aducând prinosul nostru de admiraţie pentru toate aceste eforturi şi realizări, revista noastră ţine cu acest prilej să omagieze şi pe medicii germani care pe fronturile luptelor grele îngrijesc de bravii răniţi; ea îi asigură de via admiraţie, de profunda preţuire şi de frăţeasca simpatie pe care corpul medical românesc le-o poartă.

«ROMANIA MEDICALA»

MEDICUL ŞI POPORUL

de Profesor Dr. HANS REITER
Preşedintele Serviciului Sanitar al Reichului

In toate domeniile, «*progresul*» nu se naşte decât dintr'o îmbinare a «*tradiţiei*» cu «*critica*». Astfel, *tradiţia* ajunge organic la *desvoltare* şi *evoluţie!* Pentru a ajunge aci, nu este nevoe de disprețuirea celor ce au fost, nici de dușmănirea celor cari au trecut, este suficient simțul critic cu baze reale.

In domeniul *technicei*, situaţia este simplă, pentru că orice «*progres*» poate fi imediat «*demonstrat*». Cu totul altfel se petrec lucrurile pe tărâmul *medicinei*, care încă dela început pătrunde adânc în întinderile nemărginite ale *biologiei*, din care ea însăşi nu este decât o parte fragmentară, dar care pătrunde totuşi în toate domeniile: încă plină de taină în adâncurile ei, chiar şi pentru cercetătorul de astăzi, ridicând numai câte puţin valul, pe alocuri, dar în acelaş timp punând mereu probleme noi, nedesleg ate.

Nu pare oare de o aroganţă nemaipomenită pretenţia de «*a vrea să înţelegem medicina*», în ciuda acestei recunoaşteri a insuficienţei omeneşti? Incă şi mai arogantă, pretenţia de a voi să «*prevenim*» sau mai mult, chiar să «*vindecăm*».

Şi totuşi, trebue să îndrăznim întreprinderea asta riscată, căci ne este impusă de *nevoie:* destine omeneşti ameninţă să se prăbuşească, durerea omenească cere ajutor!

Insă: *fatalitatea nu* o putem împiedeca, cândva *trebue* să murim, toţi; putem poate să obţinem ca această moarte să *nu* ne răpească în tinereţe, — *nu* în cursul *anilor celor mai frumoase înfăptuiri*, — putem poate obţine, ca deabia vârsta înaintată să-şi ceară drepturile naturale!

Oare nu putem realiza şi mai mult — de ex.: să modificăm în aşa fel moartea, ca ea să nu însemne ceva înspăimântător, plin de groază, ci să fie doar stingerea fără durere a flacării vieţii?

Nu avem oare şi îndatorirea de a orândui *în aşa fel viaţa curgătoare*, încât să fie ferită de tot ce îi poate distruge integritatea, de tot ce este bolnăvicios? Nu avem oare îndatorirea de a pune alături de principiul *evitării celor dăunătoare* principiul *neoimpresiunii* şi pe acela al *evoluţiei?*

Nu stă medicul la poarta prin care omul intră în viaţă, — dar în acelaş timp şi la aceea, prin care părăseşte viaţa? Intre aceste două porţi se întinde lunga pribegie prin conştiinţa celui viu, deasupra căreia, pentru a duce la bun sfârşit misiunea pentru care a fost chemat, veghează spiritul ocrotitor al medicului.

Atât de nesfârşit de *mari*, sunt îndatoririle medicului! Atât de îngrozitor de *reduse*, cunoştinţele adevărate, de care dispune!

Şi totuşi, el *trebue* să îndrăsnească, chiar dacă nesiguranţa acţiune sale şi limitele pe cari i-le impune natura îi sunt cunoscute.

Conflicte ale ştiinţei şi ale conştiinţei, el *trebue* să le stăpânească prin forţa însufleţirei cu care îşi împlineşte chemarea de medic!

In ciuda recunoaşterii tuturor *lipsurilor cunoştinţelor omeneşti în ceea ce* priveşte «medicina», singura platformă a tuturor artelor medicale rămâne *totuşi cunoaşterea efectivă*. Şi pentru că este într'adevăr astfel, trebuesc respinse toate câte s'au născut dincolo de această cunoaştere. Chiar şi acolo unde cunoaştere a efectivă lipseşte, logica omenească va umple de cele mai multe ori nenumărate goluri, fără să pună cu această ocazie intuiţia în lanţuri.

Dar să ne ferim de *concluzii eronate*, a căror existenţă nu e datorită decât logicei defectuoase. Să ne ferim şi de *criticile nelogice*, cari de cele mai multe ori îşi bat joc de ştiinţa care lipseşte, pentru că autorul lor nu este în stare să gândească logic el însuşi.

De altfel, *ştiinţa adevărată* este modestă, pentru că îşi cunoaşte insuficienţa temporară, — pentru că ştie, că ea nu este niciodată *statică*, ci că trebue să fie întotdeauna apreciată *dinamic*.

Pe de altă parte, *ştiinţa adevărată* are cel mai mare *drept la stimă şi respect*. Nu este câtuşi de puţin un semn de înfumurare sau de aroganţă, dacă *adevărata* ştiinţă *nu* strigă, ca jidovii şi ca aceia, cari nu se gândesc tot timpul decât la «afaceri», — fie ale lor personale, fie chiar şi ale altora!

Cât sunt de periculoşi oamenii aceia, cari abuzează de facultatea lor de «adaptare», pentru a înşela conştient, — şi unde este terenul mai favorabil, decât acolo, unde este vorba de sănătatea omului, de durerea omului, îmbinate cu nesfârşit de variatele slăbiciuni ale individului?

Nu ar părea în toate celelalte domenii o *absurditate*, ba chiar o *nebunie*, să fie lăsaţi neştiutorii să ia măsuri decisive, pline de răspundere? In arhitectură, în construcţia podurilor! Putem să ne lipsim de cunoştinţele pe cari le-am câştigat de-a lungul veacurilor în domeniul agriculturei, al chimiei, al fizicei?

Revine cineva în domeniul *lui*, orb faţă de evoluţia organică, la lucruri de mult trecute, de mult întrecute? Trebuesc considerate *acolo* adevărurile banale ale şcoalei de începători drept «*revelaţii*» noi? Niciodată nu se pomenesc *acolo* asemenea lucruri!

Dar în *medicină*, e cert că situaţia este cu totul alta! Punem întrebarea: de ce?

Nu numai pentru că fiecare om se interesează de domeniul acesta şi pentru că foarte mulţi cred că se pricep şi ei în acest domeniu, dacă observă mai mult sau mai puţin exact sau greşit propriul lor «Eu» mărunt, ci pentru că domeniul medicinei este incontestabil atât de nesfârşit de mare, încât ademeneşte cu uşurinţă nu numai pe neştiutori să se lase tentaţi de cele mai fantastice speculaţiuni de natură pseudo-ştiinţifică!

Cu *astfel* de metode nu se pot crea progrese adevărate. *Numai din înfăptuirile cari au crescut în mod organic cresc valori noui, se nasc adevărate progrese ale cunoştinţelor noastre!*

Principial se va *respinge* de acea şi în *medicină* tot ceeace *nu* prezintă o evoluţie de felul acesta. Impotriva acestora nu pledează nici excepţiile aparente, comunicate mereu de neştiinţă, şi cu ocazia cărora criticile eronate, absurde, ale unor contimporani mărginiţi dau de multe ori naştere la o interpretare cu totul greşită a unor evenimente reale.

Dar garantează oare aceşte pretenţii de platformă ştiinţifică *«arta medicală?*

Nu este *ştiinţa* medicală numai o *parte* din ipoteza artei medicale, — o *parte*, care nu crează *niciodată «arta medicală»*, dacă este *singură* prezentă?

Pentru ca ştiinţa medicală să creeze *înţelepciune medicală*, are nevoe de cele vii: *înţelegerea omenească vie, — etică medicală vie, — o înţelegere adânc înrădăcinată în om a sensului profund al întregii activităţi medicale!*

Nu este ştiinţa medicală mult mai mult decât un «*instrument*», care, pentru a obţine forţă creatoare, trebue să fie mai înainte de orice servit aşa cum se cuvine, de oameni cari sunt chemaţi să facă aceasta? Nu este legată *adevărata artă medicală* numai de *om*, — de unul, care pe lângă ştiinţa lui trebue să fie înzestrat cu marea bunătate omenească, cu aceea care înţelege nevoia şi grija conaţionalilor lui, şi care are voinţa de a alina aceste nevoi?

Adevărata artă medicală este ca o moşie vastă, pe care nu o poate conduce cum se cuvine decât acela, care o cuprinde cu *raţiunea*, dar care o îngrijeşte cu *sufletul* său!

Şi astfel, noi medicii suntem un grup de oameni separat, — veniţi aproape toţi la meserie nu *chemaţi de*

Dicodid «Knoll»

calmează şi cea mai intensă tuse

In afară de calmarea repede a centrului tusei, Dicodidul produce simultan analgezie;

bine dozat, abia se ivesc fenomene accesorii (greaţă); nu produce decât foarte rar constipaţie.

Rp. Tablete Dicodid «Knoll»

Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 20 bucăţi à 0,005 gr.
Ambalaj original cu 10 bucăţi à 0,01 gr.

De 2—3 ori pe zi 0,005—0,01 gr. Se va lua întotdeauna după masă. E bine să se înceapă întotdeauna cu doze mici. Copiilor li se va da pro dosi ¼—½ din tabletele de 0,005 gr.

Eşantioane şi literatură prin:

KNOLL S. A. R.

Produse chimico-farmaceutice, BUCUREŞTI III. Str. Atena, 29.

AUROTERAPIA TUBERCULOZEI

pe cale intravenoasă

CRISALBINE

TIOSULFAT DUBLU DE AUR ŞI DE SODIU

(37 °/₀ aur metal)

FIOLE DOZATE LA :

0,02 gr. • 0,05 gr. • 0,10 gr. • 0,15 gr.

0,20 gr. • 0,25 gr. • 0,35 gr. • 0,50 gr.

DE PRODUS PUR CRISTALIZAT

pe cale intramuschiulară

sau sub-cutanată

MYOCHRYSINE

AUROTIOMALAT DE SODIU

(50 °/₀ aur metal)

SOLUŢII APOASE-SUSPENSII OLEOASE

PENTRU FIECARE PREZENTARE :

FIOLE DOZATE LA : 0,01 gr. • 0,05 gr.

0,10 gr. • 0,20 gr. • 0,30 gr. • 0,50 gr.

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE

SPECIA

MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON • PARIS

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

raţiune, ci *chemaţi de sentimente*, pentru că avem o ţintă foarte precisă, şi, poate împinşi de experienţe personale, dar poate şi subjugaţi de marea taină a vieţii, sau stăpâniţi de ideea de a păstra sau de a da înapoi oamenilor ceeace poate fi considerat drept suprema fericire omenească: *sănătatea!*

Soarta ne dă fiecăruia câte o însărcinare, şi astfel se îndreaptă fiecare la postul său: unul ca ofiţer pe frontul medical, celălalt în Statul Major medical sau în administraţia medicală, iarăşi alţii în atelierele de cercetări medicale.

Practicianul vede întâmplările zilnice ale vieţii, cu nenumăratele ei suferinţe omeneşti, *cercetătorul* pătrunde, graţie unei munci, unei trude şi nenumăratelor sacrificii, cari adesea nu sunt recunoscute, şi nici răsplătite, tot mai adânc, încă o bucată de drum în domeniul cunoştinţelor medicale, *medicul din Statul Major*, urmăreşte procesele sanitare atât de vaste, încât nu pot fi cuprinse decât cu greu, ale întregului trup al ţării, încearcă să le înţeleagă din punctul de vedere al conducerii statului, şi alege măsurile pe cari le va lua în privinţa întregului popor, aşa cum le cere sinteza omului, a poporului şi a statului.

Astfel, îndatoririle din lăuntrul corpului medical sunt repartizate în modul cel mai variat. Dar pe noi toţi ne leagă marea datorie comună a grijii pentru sănătatea poporului şi pe toţi ne uneşte conştiinţa unei datorii profesionale deosebite, pentru că în profesiunea aceasta nu e vorba de nişte *valori obiective* oarecari, ci de *cele mai vii valori ale unui stat*, de a căror îngrijire şi desvoltare depinde tot viitorul său. *Dacă îngrijirile medicale nu sunt la înălţime, atunci mai de vreme sau mai târziu, se prăbuşeşte şi statul.*

Este fără îndoială adevărat, că principalul punct pentru menţinerea unui stat este o *economie* foarte desvoltată, o *cultură serioasă a poporului*, şi o *administraţie* care să-şi îndeplinească scopurile, dar este tot atât de adevărat, că *premizele tuturor acestor funcţiuni nu sunt date decât de un popor sănătos*! Conştiinţa răspunderii pe care o avem, în acest rol atât de măreţ, ne dă nouă medicilor o mândrie profesională deosebită, — o mândrie, care este îndreptăţită de măreţia datoriei noastre.

Cele spuse aci, sunt valabile pentru *toate popoarele culte*, sunt valabile pentru medicul statelor mici, ca şi pentru acela al celor mari şi foarte mari. *Arta medicală poate fi considerată drept măsura culturii unui popor.* Un stat, care consideră problema stării sanitare a poporului său doar ca o problemă secundară, îşi impune singur limitele desvoltării poporului său şi mutilează astfel posibilităţile ascensiunei sale economice, culturale şi politice!

Medicul, ca păzitor al substanţei biologice a unui stat trebue, — nu pentru sine, dar pentru poporul său, — să ceară dreptul de a avea cuvânt *hotărîtor* şi *decisiv* în *toate* problemele, cari privesc viaţa şi sănătatea poporului său. Felul în care vor fi realizate aceste imperative, va fi dictat în ultimă instanţă de structura statului respectiv. Dar asupra acestora, trebue să nu mai existe nici o îndoială: orice neîndeplinire a acestor imperative, orice încercare de a trece cu vederea problemele sănătăţii publice, va aminta *cu siguranţă absolută* mai târziu sau mai de vreme atât *puterea economică* a statului, cât şi pe cea culturală, şi prin aceasta, fatal şi pe cea *politică*, pentru că:

Omul sănătos este bunul cel mai preţios al statului!

GENETICA UMANA ŞI ANATOMIA PATOLOGICA

de Profesor Dr. ROBERT RÖSSLE
Directorul Institutului de Patologie al Universităţii din Berlin

Contribuţia pe care anatomia patologică a adus-o până acuma la desăvârşirea geneticei umane este mică în comparaţie cu meritele pe care această ştiinţă şi le-a câştigat în medicina clinică şi în progresul general al terapeuticei. Cauzele acestei stări de lucruri sunt de ordin metodologic. Pentru demonstrarea caracterului ereditar al unei malformaţiuni sau al unei boale este necesar în primul rând să se constate repetarea ei în generaţiile succesive ale unei familii sau printre rubedeniile în viaţă, sau ambele. Dacă există o frecvenţă a cazurilor respective, trebuie verificată adevărata ei valoare statistică, adică trebuie rezolvată chestiunea, dacă frecvenţa nu este întâmplătoare. Dacă această problemă se lămureşte în sensul că hazardul este neprobabil sau exclus, medicului expert îi incumbă încă datoria de a hotărî dacă frecvenţa proceselor anormale observate n'ar putea avea alte surse decât o predispoziţie ereditară. Cu alte cuvinte: nici statisticianul nu are ultimul cuvânt. Se poate întâmpla ca deviaţiunile morbide să fie urmările unei rele educaţii, ale unor rele exemple, ale unor vicii răspândite, ale unor pericole inevitabile. Exemplul părintesc de a mânca bine, de a abuza de alcool sau de tutun, poate duce, chiar în cazul unei constituţii eugenice, la repetarea aceloraşi turburări de metabolism dobândite şi ale aceloraşi urmări de intoxicaţie. Câte cazuri de obezitate «familială» sunt ereditare şi câte sunt deprinderi rele, nu se poate rezolva.

Cu cât un efect toxic special necesită mai puţin o dispoziţie personală, cu atât mai sigur va trebui să excludem în cazurile de frecvenţă familială, cooperarea unor condiţiuni constituţionale ereditare. Există însă, ştiinţific şi practic vorbind, asemenea factori patogenici exclusiv exogeni? Un grad înalt de alcoolism nu va îmbolnăvi, firesc, pe fiecare în acelaş fel; nu corespunde însă oare unor excese mai reduse, urmări tot atât de grave, datorite unei rezistenţe mai mici? Şi nu există oare şi un alcoolism ereditar pe lângă acela provenit dintr'o educaţie rea? Dacă suntem convinşi — şi suntem — că fumatul excesiv duce la scleroza coronară, mai ales la scleroza coronară a tinerilor, atunci care este condiţiunea constituţională, care face ca aceasta să nu survie la unii nici chiar la o vârstă foarte înaintată? Urmările toxice generale ne sunt cunoscute, ele formează obiectul toxicologiei — întru cât există o toxicologie umană — urmările toxice speciale însă nu le cunoaştem. Dintr'un grup numeros de lucrători se îmbolnăvesc numai o parte din ei de cancer anilinic al căilor urinare, în secţiile periclitate ale fabricei chimice. Prezenţa sa are însă oare ceva de a face cu ereditatea cancerului? Vom reveni asupra acestui lucru.

Misiunea cercetătorului în domeniul eredităţei devine foarte grea în privinţa clarificării caracterului ereditar al unei boale, dacă, aşa cum este cazul la tuberculoză, există o dispoziţie rasială, ca să zicem aşa o dispoziţie fundamentală, dincolo de care se mai ridică problema dispoziţiei familiale şi personale. La aceasta se adaugă durabilitatea periclitării (posibilităţi permanente de contaminare), oscilaţiile dispoziţiei modificate respectiv ale rezistenţei după trecerea infecţiunei primare, influenţa vârstei, în sfârşit — şi aceasta nu e mai

puțin importantă — contribuția dozei și a virulenței infecțiunii repetate.

După cum ne arată foarte clar exemplul tuberculozei și al cancerului, problema condiționării lor ereditare este, tocmai la boalele cele mai răspândite, mult mai puțin clarificată decât la alte boale umane dintre cele mai rari. Într'adevăr, cu cât o astfel de boală este mai rară, cu atât mai natural este să ne gândim atunci când se repetă în cercul familiei, la o predispoziție ereditară. Este cu totul semnificativ, că primele dovezi ale unor procese ereditare supuse unor anumite legi, precum și primele confirmări ale regulelor eredității găsite de Mendel pentru plantă și animal au fost aduse în patologia umană de cazuri rare însă foarte isbitoare, ca malformațiuni ale mâinii, boale ale sângelui, obnubilare (epilepsie mioclonică), hemeralopie.

Bogăția experiențelor câștigate în domeniul eredității, normale și patologice la om, în decurs de câteva decenii, este uimitoare, după cum o arată o privire în cele trei lucrări de ansamblu apărute de curând în Germania *). Metoda gemenilor, promovată mai ales de cercetătorii germani, a contribuit efectiv la progresul acestei părți a medicinei moderne, importantă nu numai pentru individul uman în decursul vieții sale, ci și pentru îngrijirea sănătății și soarta poporului și a statului. Experiența studiului bastarzilor, care e la îndemâna botaniștilor și a zoologilor, lipsește cercetătorului de genetică umană, însă studiul gemenilor, care se servește de statistici ireproșabile din punct de vedere științific, a găsit o importantă compensație pentru această lacună, în repartizarea predispozițiilor similare la doi indivizi umani (gemeni univitelini), ca o experiență efectuată întrucâtva de însăși natura. Trebue să mărturisim, firește că tocmai pentru unele din boalele care provoacă o mare parte a mortalității, ca tuberculoza, precum și alte maladii infecțioase, cancer și maladii prin uzură, nici studiul gemenilor n'a putut da răspunsuri hotărâtoare în ceeace privește gradul condiționării lor ereditare.

După această introducere generală necesară pentru cele ce urmează, ne întoarcem la problema participării de până acum și a participării posibile a anatomiei patologice la genetică.

Există motive foarte firești care ne explică dece contribuția de până acum a anatomiei patologice a fost așa de mică. Din punctul de vedere metodologic, ar fi vorba de compararea rezultatelor necropsiei persoanelor consanguine. Rareori, anume la moartea simultană a membrilor unei familii, ca la accidente sau omoruri în massă, se va putea găsi o astfel de ocazie; ceva mai frecvent se întâmplă ca o mamă să moară în același timp cu copilul său nou născut sau nenăscut (eclampsie, etc.); însă comparația va trebui să se limiteze aici la existența varietăților sau anomaliilor corporale; același lucru se poate spune pentru autopsiile nu tocmai rare ale gemenilor născuți morți sau nou-născuți; de altfel un material de observații extrem de prețios pentru studiul malformațiunilor ereditare interne, cu atât mai mult cu cât suntem foarte puțin informați până acuma asupra eredității malformațiunilor organice. Ereditatea rinichilor kistici formează aproape o excepție în această privință; ereditarea vicilor de conformație cardiace congenitale și problema dacă acestea se moștenesc în formele lor speciale (de ex. anomalia septului) sau în forme variate, este încă în esență neclarificată.

O altă cale pentru a utiliza constatările anatomo-patologice în studiul eredității, este aceea de a recurge la arhivele Institutelor de Anatomie Patologică în acele localități în care, sau în împrejurimile cărora, se află o populație oarecum stabilă. La noi în Germania s'au înființat de la mijlocul secolului trecut, la toate universitățile și în multe orașe Institute de Anatomie Patologică; universitățile se găsesc adesea în orașe mici și clinicile lor sunt vizitate de mult timp de către populația țărănească din împrejurimile mai depărtate, care populație nu este supusă unei schimbări așa de mari ca locuitorii orașelor. Aici se mai pot desgropa adevărate tezaure pentru studiul medical al familiilor pe o bază diagnostică sigură.

Am atras atenția asupra acestor posibilități de cercetare în cartea mea «Die Pathologische Anatomie der Familie» *) (Anatomia patologică a familiei). O primă condiție pentru aceasta este firește existența unor procese verbale de autopsie întocmite cu îngrijire. Acestea există însă cu siguranță la multe institute pentru un spațiu de timp de cel puțin 50 ani, ceace în cazul cel mai bun ar corespunde negreșit unei succesiuni naturale de decesuri de trei generații într'o familie. Se va obiecta poate, că în același spațiu de timp, cunoștințele noastre s'au ameliorat prin progresele medicinei, iar concepțiile ba chiar denumirile bolilor s'au schimbat; chiar dacă admitem, că diagnozele de azi sunt în parte altele, că nu s'a știut nimic acum 50 de ani de modificări hormonale, că nu s'au cunoscut multe maladii ale sângelui și ale creerului, că nu se descoperise importanța arteriosclerozei și multe altele; admițând mai departe că cu toată cunoașterea rezultatelor necropsiei la membrii familiei morți de timpuriu nu se poate ști, ce boală ar mai fi căpătat dacă ar fi trăit mai mult, dacă peste 10 sau 20 de ani ar fi murit de altă boală, cum ar fi cancerul, toate aceste restricțiuni nu pot micșora valoarea bazelor anatomo-patologice în studiul medical al familiilor.

Nu au fost oare până acum fundamentele acestui studiu mult mai precare și de o natură mai nesigură: memoria subiectului în cercetare și a rudelor sale, actele de deces ale oficiilor stării civile, în cel mai bun caz observațiile clinice? Să ne întrebăm: voim oare în mod serios să facem cercetări clinice asupra eredității unor boale a căror natură clinică nu poate fi riguros elucidată? Un caz de colecistită calculoasă care se revelează numai la necropsie poate tot atât de bine să fie ereditar ca și acela care s'a manifestat în timpul vieții prin colici. Ce nu s'a afirmat despre ereditatea ulcerului peptic și totuși până acum nu poate rezista într'adevăr unei critici! Astfel adesesori nu s'a ținut cont de faptul că anatomia patologică a stabilit de multă vreme frecvența ulcerelor la aproximativ 10% din toate necropsiile făcute la adulți, iar ulcerele care se vindecă fără a lăsa cicatrice scapă și medicului care face autopsia.

S'ar mai putea cita multe exemple în care, fără contribuția documentelor de necropsie, dat fiind nesiguranța diagnosticului clinic nu s'ar putea face nici o evaluare în ceeace privește existența și extinderea condițiunilor ereditare în patogenie. Mă mărginesc însă să mă refer la două din cele mai importante boale sociale, cancerul și tuberculoza. In ambele cazuri se susține azi de către mulți specialiști în studiul eredității, teoria naturii ereditare a maladiei, respectiv a unei predispoziții ereditare. Inainte de a păși la o critică amănunțită, întrucât este aici locul, fie-mi permis să intercalez o obser-

*) Handbuch der Erbbiologie des Menschen, herausgegeben von G. Just. 5 Bande, Berlin *J. Springer* 1940. Handbuch der Erbkrankheiten herausgegeben von A. Gutt, 6 Bande, Leipzig *Thieme* 1940. Baur Fischer-Lenz Menschliche Erblehre und Rassenhygiene, 3 Bande, München-Berlin *J. F. Lehman* 1940.

*) Berlin, colectura *I. Springer*, 1940.

In stări de extenuare, slăbiciune şi inapetenţă, precum şi în convalescenţă

TONICUM »Bayer«

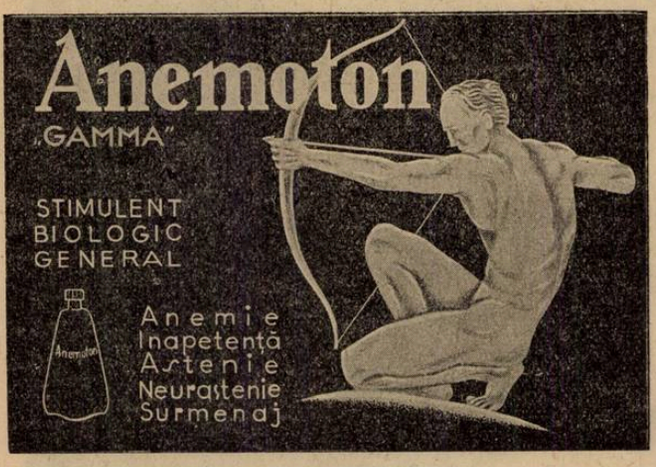
Ameliorează tabloul sanguin, tonifică sistemul nervos, măreşte forţa vitală şi sporeşte pofta de mâncare.

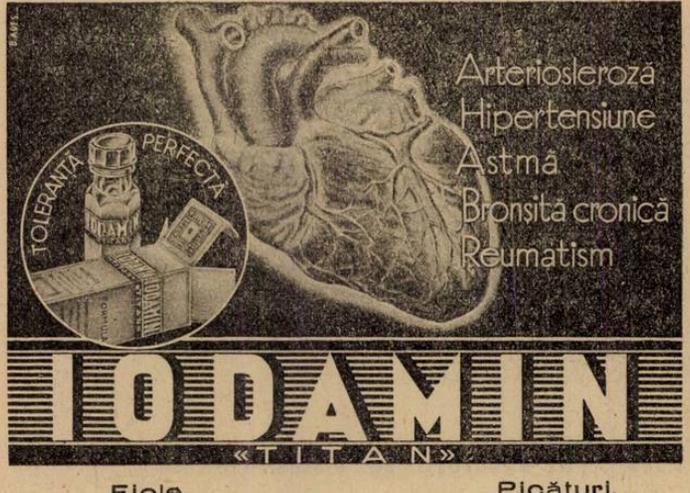
Tonicul »Bayer« este luat cu plăcere de adulţi şi copii.

Flacon cu cca. 180 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanţa generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., Bucureşti, Str. Brezoianu Nr. 53





Fiole. Picături.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel. : 5.51.51

vaţie de natură generală. Se ştie că mortalitatea în cancer a crescut, iar mortalitatea în tuberculoză a scăzut. Pentru primul fapt se incriminează în esenţă compunerea modificată a populaţiei sub raportul vârstei, iar faptul din urmă se atribue combaterei eficace a tuberculozei. Aceasta ar însemna, că mai înainte un mare număr de persoane cu tare ereditare nu a suferit de cancerul care le e predestinat şi că combaterea tuberculozei, în ciuda caracterului ei ereditar a fost posibilă cu mijloacele higienei sociale şi ale unui tratament ameliorat. Prin aceasta s'ar admite că în orice caz predispoziţia ereditară nu ar putea fi precumpănitoare.

Cancerul este ca maladie şi din punctul de vedere al cauzelor sale, un fenomen mult mai puţin unitar decât se credea înainte, sub impresia naturei sale anatomo-patologice (evoluţie malignă a celulelor corpului propriu). Cu admiterea unei dispoziţiuni familiare generale, la care ar trebui să se adauge deasemenea un factor local, el-însuşi ereditar sau cel puţin un factor declanşator local, se afirmă foarte puţin. Aici se sprijină o ipoteză prin alta. De sigur că există exemple rari, foarte impresionante de apariţii repetate de cancer la rudele de sânge apropiate, după cum eu însumi am comunicat, însă pe de o parte nu se poate aplica la om metoda experimentală utilizată în studiul bastarzilor pentru determinarea frecvenţii cancerului la animale, iar pe de altă parte nici studiul gemenilor nu ne-a putut aduce un material concludent în număr suficient. Nici aici nu vom putea face progrese fără ajutorul diagnosticului anatomo-patologic, având în vedere că depistarea cancerului la indivizi în viaţă este omisă, chiar atunci când se face o operă clinică foarte bună, la o cincime din cazuri. Dacă ne gândim însă câţi membri ai unei familii mor înainte de a se putea decide dacă ar fi putut deveni purtători de cancer şi câte cancere sunt cu siguranţă de o natură atât de precumpănitor exogenă, încât contribuţia factorului constituţional la formarea lor nu poate fi determinată, sau se recurge de nevoe la noţiunea perimată de «dispoziţie generală», — recunoscându-se în felul acesta marea dificultate pe care o prezintă încă rezolvarea problemei. Bazat pe experienţa mea personală, pot în tot cazul să afirm următoarele: Dacă examinăm cazuri reunite fără alegere, în a căror familie în afară de persoanele bolnave de cancer, au fost necropsiate şi alte persoane înrudite de aproape, nu găsim cazuri mai frecvente de cancer, decât ar fi de aşteptat la o boală atât de răspândită, iar cât despre o repetare regulată a localizării speciale nici nu poate fi vorba.

Însă după cum în restul geneticei umane va trebui tot mai mult să se dea atenţie sintropiilor stărilor patologice, ca o emanaţiune a unor predispoziţii ierarhizate interdependente, tot astfel din noţiunea că neoplasmul este adeseori numai actul ultim al unei lungi drame de tragice turburări ale sănătăţii, rezultă că de aci înainte va trebui mai puţin să fie tratată problema dacă neoplasmele ca atare sunt ereditare, cât mai ales dacă la baza turburărilor de sănătate ce le precedă există predispoziţii ereditare; oarecum în sensul că nu va trebui să vorbim de cancer ereditar în Xeroderma pigmentosum, ci numai de cancer în Xeroderm pigmentosum ereditar. Admiţând că ciroza hepatică ar fi predominant ereditară, atunci s'ar fi comunicat de mult timp cazuri mai numeroase de «cancer hepatic ereditar», deoarece cancerul ficatului se desvoltă de obiceiu pe un teren de ciroză!

Pentru *tuberculoză* posibilităţile unui diagnostic clinic sunt mai mari decât pentru cancer. Mi se pare că având în vedere predispoziţia ereditară la tuberculoză, fapt asupra căruia s'a insistat din nou în ultimul timp, este nevoie urgentă şi aici de colaborarea anatomiei patologice. Astfel unii ftiziologi afirmaseră că însuşi sediul (regiunea pulmonară) ca şi forma de tuberculoză pulmonară la părinţi şi copii, sau chiar la fraţi şi surori ar trebui să concorde. Aceasta însă, după experienţele mele întemeiate pe contra-verificarea necropsiilor rudelor, nu se potriveşte pentru un număr mai mare de cazuri, de asemeni nu există nicio unitate atât ca localizare cât şi ca evoluţie în tuberculozele familiare. Mult mai importante decât aceste date inconsistente asupra analogiei formelor de tuberculoză la persoane înrudite, întemeiate pe cercetări clinice şi röntgenologice, sunt rezultatele studiului gemenilor la gemeni univitelini şi bivitelini tuberculoşi (v. *Verschuer şi Diehl*), după care concordanţa la cei dintâi în ceeace priveşte forma şi evoluţia tuberculozei este cu mult mai mare decât la cei din urmă. După cercetătorii menţionaţi, caşi după alţii, o constituţie ereditară similară ar fi aşa dar hotărâtoare în ceece priveşte susceptibilitatea la boală şi caracterul boalei. Dar înşişi susţinătorii acestei concepţii trebue să admită existenţa unei discordanţe importante la gemenii univitelini, iar în caz de concordanţă să recunoască grade variabile condiţionate ereditar, ba chiar să admită predominarea predispoziţiei tuberculoase prin măsurile noastre curative actuale, de sigur încă slabe în ansamblul lor, — tot atâtea restricţiuni capabile de a diminua importanţa factorului ereditar în ftiziogeneză. Singurul caz autopsiat până acum, o observaţie personală de tuberculoză gemelară la gemeni univitelini adulţi (sinucidere prin spânzurare la doi fraţi gemeni în vârstă de 32 ani), a arătat o discordanţă pronunţată, prin faptul că numai unul din fraţi avea o tuberculoză pulmonară (descriere mai amănunţită în locul citat).

In rezumat aşi vrea deci să afirm că documentele privitoare la prezenţa extinderea şi natura dispoziţiei ereditare la tuberculoză nu sunt încă încheiate, deoarece în afară de studiul gemenilor nu pare să se fi produs nicio dovadă statistică convingătoare pentru frecvenţa familiară; cel puţin în acest moment forţa de difuziune în cercul familial, atât cât poate fi admisă o dispoziţie ereditară cu siguranţă nu poate fi evaluată; în sfârşit natura însăşi a dispoziţiei tuberculoase ereditare nu este elucidată, deşi ipoteza unei lipse de rezistenţe specifice faţă de bacilul tuberculozei a găsit cei mai buni apărători.

Având în vedere nesiguranţa care persistă încă, până într'un anumit grad, în ceeace priveşte interpretarea constatărilor röntgenologice şi clinice în tuberculoza pulmonară, ultimul cuvânt îl va avea de spus, şi în acest domeniu, diagnosticul anatomo-patologic. Este adevărat însă că pentru aceasta va fi nevoie, din păcate, să se aştepte sfârşitul vieţii. Rezultatul necropsiei va lămuri atunci şi faptul dacă şi în ce fel bolnavul a învins tuberculoza. In ceeace priveşte comparaţia clinică a formelor de tuberculoză, la rudele de sânge în stadiile incipiente, se poate obiecta că dat fiind anumite modalităţi evolutive ale boalei şi bogăţia ei limitată de forme în imaginile röntgenologice, poate fi simulată o asemănare a cazurilor morbide, care poate exista foarte bine între rezultatele obţinute la persoane ce nu se înrudesc. Astfel se explică pentruce *Turban* şi alţi autori, susţin că ar fi observat atât la fraţi şi surori, cât şi între părinţi şi copii, concordanţe în ceeace priveşte localizarea şi forma tuberculozei pulmonare.

Cerinţa de a asocia un diagnostic anatomo-patologic sigur în cazurile din domeniul geneticei, în care un diagnostic clinic complet nu este posibil, este firește departe de a fi împlinită, — însă această cerinţă trebue totuşi formulată, ţinând seama în primul

rând de măsurile legale actuale privitoare la profilaxia transmisiunii bolilor ereditare. Din motive atât practice cât şi teoretice, ar trebui ca pentru decesele survenite în familii şi printre rudele care au prezentat cazuri de boli ereditare, căzând sub prevederile legii, să se organizeze necropsii metodice. Este chiar în interesul familiei, să se poată stabili cât mai precis, dacă spre exemplu este vorba de o epilepsie traumatică şi nu de o epilepsie esenţială. Din punct de vedere ştiinţific, anatomiei patologice îi incumbă datoria de a se ocupa în mod special şi de o altă problemă de genetică, anume de a colabora la elucidarea bazelor fiziologice evolutive ale bolilor ereditare, prin dovada malformaţiunilor coordonate şi a dedesubturilor lor. «Polifenia» predispoziţiilor ereditare, adică înrudirea genetică a deviaţiilor morbide cu o localizare cu totul diferită, va duce cu timpul la o sistematizare a patologiei ereditare, foarte diferită de patologia organică specială. Căci pe lângă malformaţiunile ereditare speciale există, căpătând pe zi ce trece o importanţă tot mai mare, mai cu seamă în domeniul bolilor ereditare nervoase şi endocriniene, sindrome ereditare ale căror manifestări morfologice nu pot fi găsite decât numai cu ajutorul cercetărilor anatomo-patologice.

Plan funcţional şi modificări funcţionale în Biologie şi Patologie

Prof. Dr. G. von BERGMANN
Director al Clinicei II medicale-Berlin

Cercetarea *cauzelor* în biologie consistă, după părerea mea, în sforţarea de a găsi *metodele* prin care se realizează în domeniul fenomenelor vitale, scopurile finale ale conservării vieţei.

In repetate rânduri, nu numai în monografia rezumativă asupra «Patologiei funcţionale», am încercat să expun, întemeiat pe experienţa clinică, pe lîngă concepţia cauzală, şi pe cea finalistă care îi este superioară, şi în strânsă legătură cu aceasta să descriu comportamentul psihofizic dedus din biografia intimă a bolnavului, nu numai urmând cauzalitatea raţională, ci şi cu totul în afară de domeniul ştiinţelor exacte. Această expunere am făcut-o recent în cadrul unei serii de conferinţe care au fost denumite: «Chestiuni medicale de actualitate», atunci când am schiţat «Natura patologiei şi terapeuticei funcţionale», sau când, la congresul naturaliştilor Germani din Drezda în anul 1937, mi-am încheiat conferinţa despre «Rezultatele şi ţelurile medicinei şi ale cercetării biologice», cu cuvintele: «Raţiunea este dela Hipocrate, baza medicinei ca ştiinţă. Iraţionalul însă este indispensabil medicului şi misiunei sale. *(Lieb)*.

In esenţa voinţei şi dorinţei de a da ajutor se află o credinţă metafizică «mai presus de orice raţiune», şi care deci e mai presus şi decât raţionalismul.

Intr'o conferinţă ţinută la Budapesta în Aprilie 1938, am exprimat însă pentru prima oară ceia ce trat[illegible] azi într'o formulare modificată. [illegible]esc nu numai ca aceea ce s'a denumit într'un mod nu tocmai fericit: «turburări premonitorii», prin derivaţie din marele tablou clinic, să devină o noţiune medicală curentă, pentru ca din starea «pre morbidă», să nu se desvolte ulterior o boală gravă, ci fiindcă în acest fel terapeutica şi profilaxia ajung să se contopească.

După părerea ce mi-am făcut-o, depistarea formelor de tranziţie este esenţialul, trebuind să ducă la unificarea patologiei şi terapeuticei speciale a boalelor interne într'o *patologie clinică generală*, pe care anatomia patologică şi chirurgia o au de mult, însă care lipseşte încă aproape cu totul medicinei interne. Spuneam atunci la Budapesta: «Menţinem cauzalitatea pentru lumea aşa ziselor obiecte, deci pentru întreg domeniul ştiinţelor naturii şi urmărim cauzal cum s'a produs un rezultat final, care însă este adesea plin de sens, de exemplu procesul de vindecare spontană a unei fracturi sau cicatrizarea unei răni determinată de sutura pielei».

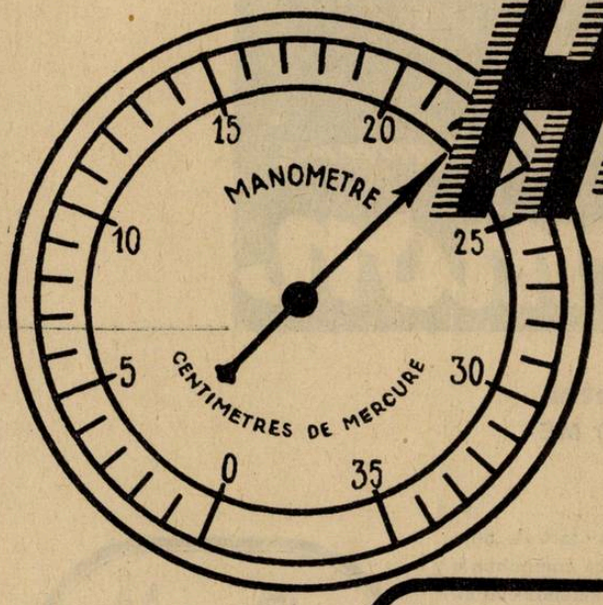
Mereu vorbim cu toţi de mecanisme reparative, defensive, ofensive, atunci când dela procesele morbide speciale ne îndreptăm privirea spre acea concepţie clinică-patologică generală, ca şi cum acest proces ar urmări un scop. Vorbim de regulaţiuni şi turburările lor, de adaptări, ba chiar de modificări funcţionale.

Insă coordonarea într'un sistem ştiinţific de înlănţuiri cauzale a singurei lumi date nemijlocit nouă, a percepţiei interne, a trăirei subiective, cu aşa zisa lume obiectivă, căreia îi aparţine şi forma noastră corporală, constitue o mare dificultate pentru cercetarea ştiinţifică cauzală, ca şi pentru filosofia ştiinţei spiritului.

Totuşi unitatea psiho-fizică, adică aceia a percepţiei subiectului, cea introspectivă şi percepţia obiectului, deci a lumii obiectelor, trebuesc recunoscute ca realităţi date, fără să se poată explica în mod cauzal cum un proces poate începe în corp şi trece mai departe în suflet sau cum o stare sufletească conştientă sau chiar inconştientă poate pătrunde în domeniul corporal, — aceasta este cel puţin părerea filosofilor moderni *(Nicolai Hartmann)*.

Stăm în faţa unor probleme arzătoare nu numai pentru teoria cercetării, ci şi pentru practica de toate zilele. Acest lucru începe deja atunci când constatăm că acţiuni se desvoltă din motive şi că de exemplu spiritul de combativitate al unei trupe se transpune în musculatura voluntară sub formă de luptă şi apărare. Sau când vedem că o substanţă chimică introdusă din exterior, de exemplu alcoolul, ne schimbă în mod trecător caracterul, sau când o substanţă care se produce în organismul nostru prin supradozare endogenă, de exemplu prin hipertiroidie, modifică temperamentul omului, sau când o anemie gravă ne face depresivi sau cu un caracter dificil. Trebuie să ne întrebăm dacă nu cumva multe nevroze sau chiar psihoze autentice, nu vor trebui să fie explicate ca modificări chimice, dacă vreţi în sensul unor «chimoze». — şi poate că au dreptate aceia cari, după cum o fac eu, pe jumătate în glumă, vorbesc de «farmacia caracterului», datorită căreia omul agitat poate fi potolit prin bromuri sau prin luminalete, sau poate fi diminuată fabricaţia chimică prea bogată, de origină cerebrală, a tireoglobulinei, ajungându-se în practica de toate zilele la posibilitatea de a trata, cu suficient succes, pornind dela creer, hipertireozele uşoare ba chiar pe cele mai grave.

După cum se ştie, Progynon-ul poate ameliora hipertiroidiile climacterice (vezi *Dietrich*), iar pe de altă parte glandele genitale sunt influenţate de lobul anterior al hipofizei prin hormonul gonadotrop. Acest lucru se poate constata obiectiv, însă şi bolnavul respectiv ne povesteşte că devine mai liniştit, capacitatea sa de muncă puterea sa de decizie se desfăşoară iarăşi armonic, ba chiar putem să observăm la femei, deşi mai rar, după administrarea de Progynon, apariţia unei stări de beatitudine, care aminteşte uneori de exaltarea caracteristică pubertăţii sau de perioada de neliniştе a tânărului. Tocmai ca şi în mixedem, nehotărîrea mergând până la somnolenţa analoagă somnului hi-



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— ***Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.***
— ***Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.***
— ***Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.***
— ***Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.***
— ***Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.***

FARMAOLT S. A. — BUCUREȘTI — CALEA GRIVIȚEI 67 TEL. 4.98.08

Gripa

JUGULEAZĂ PUTERNIC

ANTALGINE

CAȘETE

FĂRĂ BARBITURICE FĂRĂ OPIACEE

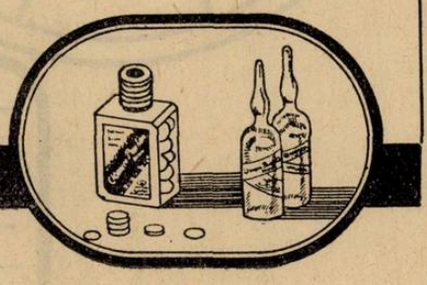
2-4 PE ZI

Ovarium „Henning" Panhormon

Hormon folicular + Extract total
în fiole și drageuri 1000, 10.000, și 50.000 ME

*

Preparat de hormon ovarian obținut pe cale naturală. Conține în afară de hormonul folicular toate substanțele active ale ovarului, importante ca componente catalizatoare și activante precum și ca factori simulanți ai metabolismului.



Eftin și Activ

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

POMADA
ANALGEZIC-CICATRIZANT
PLĂGI • ARSURI
IRITAȚIUNI CUTANATE • ULCERE
Pastă de Ol. Jecoris cu ZnO. și Talc
TUB MIC, MARE ȘI CUTII 1/4 Kg.

MOLLE
POMADA DESITIN FĂRĂ OXID DE ZINC ȘI TALC
ARSURI INTINSE
PLĂGI CU PIERDERI DE SUBSTANȚĂ
PLĂGI ATONE
OSTEOMIELITE
Se întinde ca pansament în strat gros sau se toarnă direct în cavitate
TUB 40 g., 100 g. ȘI CUTII 1/2 Kgr.

PUDRA
PUDRĂ GRASĂ ADESIVĂ PE BAZĂ DE OL. JECORIS ABSOARBE SECREȚIUNILE
IRITAȚIUNI SUPERFICIALE
TRANSPIRAȚIE
TOALETA SUGARILOR
CUTII METAL MICI ȘI MARI ȘI PLIC. 100 g.

DESITIN
cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București.

bernal al marmotei, se transformă în tendința la activitate a omului normal atunci când din «farmacia caracterului» nu se administrează nimic altceva decât câteva tablete de tyroidă zilnic.

Dificultățile acestei probleme medicale ridică probleme de etică, fiindcă așa zisa lege a cauzalității o urmăm în știința noastră numai în măsura în care este știința aplicată și totuși suntem convinși că procedăm conștient pentru a duce pe bolnav spre o însănătoșire fizică și psihică. Respingem deci predestinarea, determinismul, ca o soartă cauzală inevitabilă nu numai fiindcă ne ar stânjeni în acțiunea noastră, ci fiindcă am ajunge la consecințe paradoxale. Oare nu urmărește orice vietate prin adaptare la lumea externă sau prin regulațiuni care toate servesc un singur lucru: continuarea vieții prin conservarea ei și reproducerea, țeluri care nu sunt deloc legate de o conștiință? Dacă facem abstracție de subiect, fenomenele vitale ne par înlănțuite cauzal, însă recunoaștem că nu putem face abstracție de subiect, fiindcă orice percepție conține subiectul și fiindcă nu putem face nicio afirmație despre «lucrul în sine» separat de percepția subiectivă *(Immanuel Kant, Johannes Mueller)*.

J. von Uexkull spune în lucrarea sa: «Semasiologie» (1940), că mediile atât de multiple și variate ale plantelor, ale animalelor și ale diferiților oameni, reprezintă claviatura pe care natura își cântă infinita simfonie semantică supratemporală cât și supraspațială.

Aș vrea numai să întreb: cum este posibilă progresiunea dela particular la general, prin intermediul acelei sinteze, prin aceia că prin faptele cercetate și rațiunile cauzale ale fenomenelor obținem numai o metodică a ființei lui, ca mijloc către un scop sau ca o cale a naturii pentru a-și ajunge țelul. Scopurile care sunt atinse final n'ar trebui însă să fie confundate cu mijloacele metodice de care se servește vietatea. In oul fecundat există invizibil și inexplorabil chiar prin cromosom, ca țel puiul, însă noi descriem din punctul de vedere embriologic numai etapele devenirii. Tăgăduirea unui scop ni se pare tot atât de eronată ca și cum s'ar confunda efectele tehnice atât de formidabile ale armelor, cu conducerea supremă. Conducerea se servește de metode, acestea sunt însă numai mijloace necesare atingerii unui scop.

Ca exemple de metode aplicate în biologie, pe care le putem concepe drept cauze ale unui proces, așa dar din punctul de vedere al cauzalității, se pot enumera de fiecare dintre noi, infinit de multe.

Mă mărginesc să amintesc efectele principiilor active ale plantelor, ale vitaminelor, asupra organismului uman apoi principiile active animale, hormonii, care, întrucât sunt substanțe albuminoide nu sunt încă bine cunoscute din punct de vedere chimic, iar întrucât sunt înrudite cu colesterina s'au dovedit a aparține grupului chimic al steroidelor. Astfel sunt: pentru corticosuprarenală «Corticosteronul»; pentru glandele genitale «Progynon» precum și hormonul corpului galben și hormonul sexual masculin.

Toate aceste steroide sunt foarte deaproape înrudite din punct de vedere chimic, totuși au aspecte cu totul deosebite, întrucât cortexul suprarenal servește la «fosforifierea musculară și intestinală, adică unor procese de metabolism intermediar foarte importante pentru menținerea vieții, pe când hormonii sexuali, pe lângă aspectele asupra individului, participă la funcționarea reproducerii.

Tocmai din această menire, se poate înțelege ușor cum o acțiune poate să pară urmarea unei cauze, însă cauza și aspectul servesc unui scop special biologic.

Așadar prin elucidarea naturii chimice a unui principiu activ, se stabilește numai metoda cu care poate fi atins un scop, tot așa cum putem să descriem în mod și mai general copulația, din punct de vedere cauzal, ca acea metodă datorită căreia, prin fecundarea finală a oului, ia naștere un nou individ.

Fie că ne gândim la procesele de regulațiune în mișcările intestinale, sau la acțiunea fermenților în intestin, fie că ne gândim la regulațiunile și adaptările funcțiunei circulației și la turburările de circulație ale sistemului circulator la omul bolnav, de exemplu la «insuficiență coronară», armonia servește conservării individului; disarmonia, dacă nu duce la compensație, este distrugătoare de viață, deci o deficiență a organizației biologice, cum ar fi moartea prin angina pectorală. O hipertensiune în mica circulație, determină o scădere a tensiunei în marea circulație, după cum a dovedit-o *Schweigh* în clinica mea: este un «reflex de descărcare pulmonar», care reprezintă numai o parte a regulațiunilor între aceste două domenii ale circulației sanguine.

Același lucru se poate spune despre distribuția plină de semnificație a sângelui în organe, menținând în mod automat de fiecare dată cantitatea de sânge necesitată de modificarea lor funcțională.

Putem să exprimăm aceasta prin cuvintele lui *Roessle* că a studia «patologia funcțională» înseamnă a învăța să deosebim ceiace e bun și folositor, sau ceiace este vătămător pentru întregul organism și în felul acesta se referă acest patologist la scopul funcțiunilor.

Vedem în domeniul vieții, nu numai la omul sănătos, ci și la omul bolnav, în instructivele deficiențe funcționale din clinică, precum și la toate viețuitoarele, deci la plante și animale, că funcțiunile de conservare și de reproducere ale vieței sunt organizate iar prin studiul înlănțuirii cauzelor și efectelor stabilim numai ce metode sunt întrebuințate pentru a servi țelului biologic superior: menținerea și reducerea vieții. Cu toate luptele noastre pentru existență și pentru selecțiune, viața se continuă, specii pot să piară, specii noi pot să apară (mutații) însă viața în ciuda regresiunilor și insuccesolor, cari tocmai interesează clinica, merge tot înainte, ca un imbold irezistibil (evoluție); cu toate distrugerile nemiloase continuarea vieței este asigurată (teoria decendenței). Deaceia trebue să ne interesăm de «planul de construcție, de planul funcțiunei și de modificarea funcțiunei, ele toate servesc principiului creator în natura vie. Cu această concepție rămînem încă în calitate de «cercetători», înăuntrul oricărei experiențe posibile *(Kant)*, deci înăuntrul științei.

Trebue să înțelegem că numai noi cu gândirea noastră mărginită umană împărțim lumea metodic în subiect și obiect, pe când obiectul adevărat, «lucrul în sine», cum spune *Kant*, nu-l putem cunoaște și aprecia decât prin adausul percepției noastre senzoriale.

Nu există deci nici o eliminare a subiectivității, fiindcă totul trece prin percepție, deoarece cercetătorul își face constatările sale pe baza percepțiilor sale subiective și reflectează asupra lor, și tot astfel chimistul și fizicianul.

Toți cercetătorii naturii, însă mai ales medicii, ar trebui să înțeleagă că prin întrebuințarea cauzalității descoperă conexiuni metodice, cari servesc unui scop mai înalt, anume: finalității.

Acest lucru ar trebui să-l învățăm atunci când vorbim de plan funcțional și de modificări funcționale în biologie și patologie și încercăm să concepem natura cu singura posibilitate care este dată omului, adică cu forme de gândire umane, așa dar numai antropocentric. Este o erezie, în care cred și azi cei mai mulți naturaliști și medici, că am putea descoperi ceva care să poată să fie considerat separat de subiectul —om percepător: în fiecare constatare a cercetătorului este integrată percepția sensorială a subiectului, și acest lucru e adevărat atât în ceiace privește cauzalitatea cât și finalitatea.

CONCEPȚIA FUNCȚIONALA ÎN GINECOLOGIA OPERATORIE *)

de Profesor Dr. PAUL CAFFIER
Medic primar al clinicei gynecologice

O convingere care a fost promovată mai mult prin confruntarea efectuată în ultimii ani cu medicina biologică, este aceia că funcțiunile turburate sunt acelea care dau indicații pentru intervențiile noastre medicale, în special chirurgicale, și nu constatările anatomice. Nimic nu este mai neplăcut ca atunci când o femeie care a fost operată de noi și după operația care a decurs bine, are aceleași turburări ca mai înainte. Aceasta este totdeauna o dovadă, presupunând că a fost vorba de un medic conștiincios, că intervenția s'a făcut pe baza unei situații care devia dela constatările anatomice obișnuite și nu în urma recunoașterii juste a turburărilor acuzate. Cu alte cuvinte: intervenției i-a premers un diagnostic anatomic și nu un diagnostic funcțional.

Tocmai intervențiile ginecologice cele mai banale ca rectificări de poziții și operații de scoborîre, suferă de asemenea inconveniente. Aceste intervenții, după cum se poate oricând stabili pe baza unui mare material clinic, sunt efectuate adeseori, fără ca femeile să scape de turburările lor, așa încât pacientele revin ulterior la clinică, pentru vindecare. Când o femee suferind de dureri lombare sau dorsale consultă un medic și acesta pune diagnosticul de retroversiune uterină primul său aviz este adeseori o operație, indiferent dacă turburările depind cu probabilitate de retroversiune, indiferent dacă este vorba de o retroversiune mobilă sau fixată. In ambele cazuri operația este indicată numai atunci când, în urma unei observații suficiente sau a unui tratament conservativ, este lucru hotărît că această cale este singura eficace. Fiindcă se înțelege dela sine că intervențiile ușoare și nepericuloase trebuesc preferate, pentru atingerea scopului, celor grele și nu cu totul nepericuloase, și mai ales când nici măcar nu se știe din capul locului, dacă acestea din urmă sunt eficace.

In perioada de pubertate a femeii anteflexiunea uterină este de sigur poziția normală, dar în numeroase cazuri găsim și o retroflexiune uterină mobilă, fără ca aceasta să fie expresiunea vreunui fenomen patologic. Unul din cele mai importante semne de «sănătate» a uterului este tocmai mobilitatea sa, capacitatea sa de *adaptare* la starea de plenitudine a organelor vecine, care de pildă are drept rezultat că imediat după evacuarea unei vezice urinare pline este găsit în poziția de anteflexiune. Dacă am vrea să-l operăm atunci, am constrânge cu forța natura. Pe lângă aceasta cunoaștem retroflexiunea mobilă pasivă condiționată de o relaxare particulară a peretelui uterin, care poate fi foarte bine tratată fără operație. De asemenea anteflexiunea în formă de unghi ascuțit a uterului, care adeseori ocazionează aceleași intervenții operatorii ca și retroflexiunea, nu trebue combătută în genere prin operație, ci printr'o terapie hormonală ovariană bine înțeleasă, deoarece ea derivă dintr'o insuficiență ovariană de natură vegetativă și este o manifestare parțială a unui anumit hipogenitalism.

Dacă nu suntem lămuriți asupra cauzei unei retroflexiuni mobile, așa încât să putem interveni imediat cu măsuri adecuate și rămâne deschisă posibilitatea ca turburările acuzate să se raporteze la această retroflexiune, atunci procedăm totdeauna la fel, ridicând retroflexiunea și punând un pesar, timp de 3 luni. Dacă în acest timp, pacienta a scăpat de turburări, s'a făcut astfel dovada că retroflexiunea a fost cauza turburărilor. Adeseori anteflexiunea persistă și după scoaterea pesarului, iar turburările sunt înlăturate odată pentru totdeauna, ceeace arată că prin degrevarea pasageră, turgescența normală s'a reprodus. Dimpotrivă, dacă după scoaterea pesarului vechile turburări reapar și la un nou examen găsim uterusul iarăși în retroflexiune, aceasta dovedește că retroflexiunea este cauza primordială a turburărilor. Numai atunci este la locul ei o simplă operație de antefixație, ca a ceia a lui Alexander-Adam. Cât de puțin este luat în considerare diagnosticul funcțional, se vede mai ales după faptul că unele femei în postclimaterium sunt supuse unor operații corespunzătoare, atunci când în mod normal, din cauza absenței influenții ovariene, se produce o diminuare a turgescenței și a tonusului și prin aceasta retroflexiunea uterului devine fiziologică.

Numai într'un singur caz subordonăm atitudinea noastră în retroflexiunea uterină mobilă factorului anatomic și anume în sarcină. In acest caz după punerea diagnosticului, procedăm totdeauna la o rectificare cât mai prudentă și la aplicarea pesarului, indiferent dacă există sau nu turburări, fiindcă în felul acesta putem înlătura cu siguranță pericolele tardive ale acestei stări (retroflexiunea încarcerată a uterusului gravid, respectiv avort). Pesarul este scos după 4 luni deoarece acum uterusul nu se mai poate răsturna în micul basin, din cauza mărimii la care a ajuns între timp.

O mențione specială merită retroflexiunea ca o cauză de sterilitate. Statistici americane importante au arătat că femei cu retroflexiune concep în genere tot atât de bine ca și acelea cu anteflexiune. Cu toate acestea vedem adeseori că la femeile venite să se trateze pentru a avea copii, s'a procedat înainte de toate la suprimarea pe calea operatorie a unei retroflexiuni inofensive, fără ca din nenorocire să se manifeste ulterior aptiudinea de a concepe. De asemeni procedăm uneori la o intervenție operatorie corespunzătoare la femeile sterile, pornind dela ideia că prin aceasta porțiunea din față în retroflexiune se situiază, după operație, în bolta vaginală posterioară, deci în *receptaculum feminis* și astfel se creează condițiuni mai favorabile pentru fecundație. Nu începem însă niciodată tratamentul sterilității în felul acesta, chiar dacă există o retroflexiune. Dimpotrivă, stabilim întâi condițiile optime pentru concepție, examinăm sotul din punctul de vedere al putinței de procreare, practicăm o salpingografie pentru a exclude o ocluziune a trompelor, adeseori și un ușor raclaj premenstrual pentru asigurarea unui ciclu normal. Chiar și aici facem deci operații numai atunci când se poate admite cu oarecare probabilitate că poziția defavorabilă a porțiunei depinzând de retroflexiune este într'adevăr cauza sterilității. Nimic nu este mai absurd ca o operație corespunzătoare, când specialistul constată ulterior că trompele sunt astupate și deci din această cauză nu poate nicidecum avea loc o concepție.

In ceace privește operația pentru *retroflexiunea uterină fixată*, care este în principiu o laparotomie, se impune o atitudine de rezervă într'o măsură și mai mare, în stadiul actual al terapiei ginecologice conservative. Turburările, întrucât pot fi raportate la re-

*) Clinica Ginecologică a Universității din Berlin-Artilleriestrasse (Director: *Geh. Rat. Prof. Dr. W. Stoeckel*).

troflexiune, dispar complet, în marea majoritate a cazurilor prin unde scurte sau diatermie; de asemenea băile de şezut la domiciliu, respectiv băile de nomol, fac adeseori minuni. Numai atunci când tratamentul conservativ n'a reuşit, suntem îndreptăţiţi să trecem la operaţie. Aici cel mult dorinţa preponderantă de a avea copii poate să ne modifice atitudinea şi să determine preferarea operaţiei. Insă totdeauna trebue făcută mai întâi o salpingografie, pentru a ne orienta asupra stării oviductelor, a localiza ocluziunile eventuale ale acestora şi a avea în vedere toate acestea în operaţia ce urmează a fi executată, fiindcă alminteri scopul urmărit nu este atins. Dacă ambele oviducte sunt închise, nu obişnuesc să recomand o operaţie, deoarece până acum rezultatele operaţiilor în sterilitatea tubară sunt foarte neînsemnate, iar riscul operator nu motivează o sarcină ulterioară care este foarte problematică.

De asemenea operaţiile în *scoborîrea vaginului şi a uterului* nu dau rezultate făgăduite mai înainte pacientelor sale, de către medic, anume dispariţia turburărilor. Nu toate turburările acestor femei se datoresc cu adevărat deplasării; adeseori sunt aici în cauză alteraţiuni inflamatorii cronice ale uterului şi ale anexelor, deplasarea— atunci când există — jucând numai un rol subordonat, poate adjuvant. Numai după o temeinică stabilizare a anamnezei referitoare la probleme de ordin funcţional, ne vom putea asigura împotriva acelor eşecuri, totdeauna foarte displăcute pentru paciente. Toate turburările datorite deplasării propriu zise au comun faptul că încetează repede, dacă se ia pentru câtva timp poziţia orizontală. Aceste femei insistă în unanimitate asupra faptului că turburările lor dispar îndată ce s'au culcat seara în pat. Turburările care se menţin şi noaptea, sau chiar se accentuiază atunci, depind totdeauna de alte cauze. Dacă întrebăm femeile cu turburări de deplasare, când sunt durerile lor mai puternice, ele spun că aceasta se întâmplă în special când stau mai mult în picioare. Pentru asemenea femei ziua spălatului este ziua cea mai neplăcută a săptămânii, fiindcă trebue să stea ore întregi aplecate pe putina de spălat, iar greutatea conţinutului abdominal apasă continuu asupra planşeului pelvian insuficient. Prin aceasta uterul cu mobilitatea lui activă nativă, este mereu împins în jos. La aceasta contribue efectiv şi faptul că adeseori în cazuri asemănătoare peretele abdominal anterior prezintă o insuficienţă funcţională; ceeace măreşte greutatea viscerelor, fără ca aceasta să poată fi compensată, în urma atitudinei curbate impuse, printr'o lordoză a coloanei vertebrale, cum se se întâmplă în mers.

Statul în picioare timp îndelungat şi repetat mereu (spre exemplu în anumite grupe de profesiune), cauzează nu rareori, la indivizii cu ţesutul conjuctiv lax şi musculatura slabă, tot felul de deplasări de organe. O acţiune favorizantă exercită în asemenea cazuri falşele mişcări de elevaţiune şi de tracţiune la care sunt continuu supuşi dinafară peretele abdominal anterior, ca şi perineul. Perioadele de predispoziţie specială la deplasări de organe sunt acelea după naşteri, după operaţii şi boli mai lungi. Nu de geaba clinici mari ca ale noastre au câte o specialistă în exerciţii fizice care după naşteri şi operaţii intră în acţiune, realizând astfel o importantă profilaxie prin gimnastică şi masaje metodice.

In orice caz insist din nou că în operaţiile pentru deplasări de organe, când pacientele trebuesc scăpate de turburările lor, trebue mai întâi să stabilim precis dacă şi întrucât turburările sunt condiţionate de deplasare; dacă ultima stare de lucruri nu este ceva sigur, se va renunţa în primul rând la operaţie şi se vor încerca măsuri conservative. Ca piatră de încercare poate fi ales şi aici uneori tratamentul provizoriu cu un pesar anular, pe care îl preferăm ca tratament de durată, firesc numai la femeile foarte bătrâne sau la acelea care prezintă contra-indicaţiuni stricte pentru operaţie.

O altă grupă de afecţiuni ginecologice, în care nu arareori se operează fără indicaţiuni suficiente, numai pe baza constatărilor anatomice, este **miomul.** Aici trebue să prevaleze principiul că miomele care nu dau turburări, n'au nevoe de tratament. Chiar din punct de vedere al legislaţiei asigurărilor, adică faţă de Casa Asigurărilor Sociale, trebue insistat asupra faptului că existenţa anatomică a unui miom în uterus nu este încă o boală şi că un asemenea miom nu trebue nicidecum să crească totdeauna şi să devină o boală, — un argument care din nenorocire este întrebuinţat şi în sens medical şi îndeamnă pe unele femei să se supună unei operaţii în primul rând cu totul inutilă. Miomul ca boală propriu zisă începe din momentul când dă naştere la turburări (hemoragii sau fenomene dureroase de compresiune).

Argumentul creşterii ulterioare ca motiv al unei operaţii oarecum profilactice nu este în genere valabil nici pentru femeile mai în vârstă suferind de miom, nici pentru cele mai tinere. La femeile în vârstă aproape de menopauză, instalarea mai mult sau mai puţin rapidă a menopauzei va aduce cu sine o regresiune adecuată a uterului şi prin aceasta şi a miomului, aşa încât acesta dispare uneori şi la palpaţie; la femeile tinere dimpotrivă provocarea reapariţiei efective a unui impuls la creştere miomului după extirparea celui primitiv, determină desvoltarea unor noi mioame care ocazionează apoi o altă operaţie. In loc de o operaţie se fac deci două, căci aici nu există o «profilaxie». Este discutabil dacă este oportun să se comunice femeii respective prezenţa unui miom descoperit din întâmplare la examen, dacă ea n'are niciun fel de turburări în legătură cu miomul. Personal m'am ferit să comunic pacientelor mele prezenţa unui miom, chiar cu riscul ca prin diagnosticul unui medic consultat ulterior să scad în ochii femeii, din punctul de vedere al capacităţii mele de a pune un diagnostic; există într'adevăr multe femei care nu pot lăsa de ideia că au un miom şi deci o maladie, în ciuda tuturor asigurărilor contrare, până ce miomul nu este extirpat. La acest gen de femei, medicii dornici de operaţii găsesc firesc un teren propice.

Noi înşine operăm mioame fără turburări, care în acest stadiu sunt totdeauna relativ mici, atunci când prin poziţia lor se prezintă cu probabilitatea (vezi salpingograma) ca o cauză de sterilitate. Mioamele cu turburări se operează însă totdeauna sau se tratează cu raze Röntgen, operaţia constituind metoda de elecţie la toate mioamele mari (în sus de ombilic), la mioamele femeilor tinere, la mioamele sub mucoase şi la mioamele cu alteraţiuni degenerative. Acolo unde nu se poate face un diagnostic clinic diferenţial între miom şi tumoare ovariană vom opera negreşit, fiindcă în tumoarea ovariană ca şi la carcinom, diagnosticul anatomic este hotărîtor pentru acţiunea noastră.

Sper că am demonstrat suficient prin cele trei exemple: retroflexiune, scoborîre şi miom, cât de preţioasă poate fi o concepţie funcţională pentru evitarea operaţiilor inutile făcând să depindă execuţia operaţiei nu de diagnosticul anatomic, ci de prejudiciul funcţional.

Acest mod de comportare este în stare să mărească reputaţia medicului conştient în faţa pacientelor sale şi deci în faţa poporului său; ea îl ajută însă şi pe medic să capete o satisfacţie mai mare, căci operaţia singură este o chestiune de meşteşug, pe când stabilirea indicaţiei intervenţiei chirurgicale este o artă.

Noi observaţiuni asupra creşterei şi structurei placentei umane*)

de Profesor Dr. H. STIEVE

Nici o parte a corpului omenesc n'a fost mai puţin studiată ca placenta. In toate tratatele de obstetrică şi de embriologie se afirmă că nu ştim încă nimic asupra creşterei ei. A fost bine studiată numai starea placentei in timpul primelor săptămâni ale sarcinei. Asupra stării ei după a doua lună, ştim încă foarte puţin. Având ocazia să cercetez 142 de placente umane din toate perioadele sarcinei, care fuseseră fixate în poziţia şi forma lor naturală în interiorul uterului, am putut obţine o întreagă serie de rezultate noi, pe care le relatez succint mai jos.

Până acum s'a admis în mod cu totul general că placenta umană a ajuns la mărimea ei definitivă în a 5-a lună a sarcinei şi de aici încolo nu mai creşte. In opoziţie cu această concepţie am putut constata prin cercetări minuţioase că placenta creşte până la sfârşitul sarcinei şi anume în aceeaşi măsură ca şi porţiunea peretelui uterin de care este legată. Ea se măreşte în mod uniform până a 3-a lună, atât în suprafaţă cât şi în grosime**). La această dată se sfârşeşte creşterea sa în grosime, rămânând la fel până la naştere. După a 4-a lună creşte numai în suprafaţă, într'o proporţie de altminteri importantă. In luna a 5-a când lungimea fătului este de aproximativ 25 cm., placenta are un diametru de 100—120 mm; la sfârşitul sarcinei are un diametru de 190 mm; în a 2-a jumătate a sarcinei ea îşi triplează deci suprafaţa.

După cum se ştie, partea foetală a placentei constă din vilozităţi. Acestea se formează mai ales în prima lună embrionară. Ele se întind dela lama chorionului până la peretele uterusului, de care sunt legate prin lama bazală. Până acum se admitea în genere că vilozităţile se ramifică în toate direcţiile în felul arborilor; o mică parte din vilozităţi s'ar uni cu lama bazală; însă cea mai mare parte s'ar termina prin extremităţi libere în spaţiul intervilos, ca vilozităţi nutritive. Această concepţie este inexactă. Numai vilozităţile care se formează în prima lună ajung până la lama bazală; ele pătrund cu ţesutul lor fundamental în părţile interne complet impregnate de trofoblaste ale acestei lame, de care sunt puternic fixate ca *vilozităţi-crampoane primare*. Toate aceste vilozităţi pe care le denumesc *trunchiuri viloase*, formează până la sfârşitul sarcinei baza pentru întreaga placentă. Până în luna a 4-a, potrivit cu creşterea în grosime a placentei, ele cresc mult în lungime, de aci încolo îşi măresc însă numai grosimea, însă se depărtează din ce în ce mai mult una de alta, potrivit cu creşterea în suprafaţă a întregei placente.

Prin creşterea întregei placente spaţiul dintre trunchiurile viloase se măreşte continuu; în el pătrund *ramurile viloase*. Acestea se formează din trunchiurile viloase în toate direcţiile în spaţiul intervilos. Deoarece placenta creşte în suprafaţă, majoritatea ramurilor au mai întâi o direcţie paralelă cu suprafaţa întregei placente. Esenţialul în configuraţia ramurilor este faptul că niciodată ele nu sunt libere pe o distanţă mai mare, în spaţiul intervilos, ci se unesc între ele şi cu alte trunchiuri viloase, în parte şi cu lama bazală, iar în lunile de mai târziu cu pereţii despărţitori. In toate locurile unde ramuri viloase se ating, ele fuzionează mai întâi prin stratul lor superficial (plasmodium). In aceasta pătrunde apoi ţesutul fundamental vilos, iar ambele vilozităţi sfârşesc prin a se uni între ele: în zona de uniune se formează ulterior şi vasele sanguine, stabilind astfel legătura între vasele viloase izolate. Ramurile viloase care ajung până la lama bazală, se unesc cu ea ca *vilozităţi-crampoane secundare*, prin stratul lor superficial (plasmodium). Ele nu mai pătrund deloc în lama bazală, ci reprezintă adeseori pe mari distanţe, o direcţie paralelă cu lama bazală şi se recurbează apoi din nou în spaţiul intervilos.

Până în a 4-a lună a sarcinii, trunchiurile viloase şi in special ramurile sunt foarte groase şi grosolane. Ţesutul lor fundamental este extrem de lax, conţinând numai câteva fibre colagene. Acestea formează o reţea fină, în ale cărei ochiuri largi se află mari şi numeroase celule globuloase; printre ele se găsesc numai puţine vase. Dela a 5-a lună, structura vilozităţilor se schimbă. In ţesutul fundamental se formează în mare număr vase noi; în special direct sub plasmodium se desvoltă o reţea fină de capilare. Fibrele colagene din trunchiurile viloase şi ramurile mari se înmulţesc intens, celulele globuloase dispar, prin aceasta întregul ţesut devine mult mai consistent şi mai trainic şi în acelaş timp iau naştere pretutindeni din trunchiurile şi ramurile viloase, cu începere dela a 5-a lună, mici ramuri subţiri de un ordin superior. Ele se întind în toate direcţiile, puternic împletite şi îndoite, în spaţiul intervilos. In toate locurile în care ramurile viloase vin în contact cu alte părţi ale placentei, cu trunchiuri, alte ramuri sau cu lama bazală, se unesc cu ele în modul mai sus descris. Prin aceasta se formează un *spaţiu stelat* extins uniform în toate planurile spaţiului; *spongium placentae*, care se menţine în aceiaşi formă până la sfârşitul sarcinii. Până în luna a 6-a, desvoltarea sa este deplină; atunci placenta şi-a atins desvoltarea ei definitivă şi nu-şi mai modifică structura întensă până în ultimele săptămâni înainte de naştere.

In timpul creşterii dela a 4-a până la a 10-a lună, placenta umană îşi măreşte numai suprafaţa. Trunchiurile viloase se depărtează din ce în ce mai mult unul de altul, ramurile viloase care s'au desvoltat mai întâi, se lungesc tot mai mult şi micile vilozităţi stelate, care se formează neîncetat după a 4-a lună şi constitue spaţiul stelat, se lungesc deasemenea. In acest mod depărtarea lor creşte tot mai mult. Acest fapt nu se manifestă totuşi în structura placentei, deoarece se formează mereu noi spaţii stelate. Ele cresc foarte flexoase şi întortochiate în spaţiul, ce se măreşte mereu, dintre vilozităţile preexistente şi se unesc cu alte vilozităţi în toate locurile unde vin în contact. Prin aceste procese, spaţiul stelat vilos, cu toată creşterea sa, îşi păstrează aceleaşi dimensiuni în toate părţile placentei. Aşa zisele vilozităţi nutritive, adică acelea care se termină prin extremităţi libere în spaţiul intervilos, se găsesc în cantitate foarte redusă în placenta normală înaintea celei de a doua jumătăţi ale lunei a 10-a. Ele sunt totdeauna scurte şi puţin ramificate.

Vilozităţile stelate sunt distribuite uniform în toate secţiunile de placentă. Spaţii mai mari, lipsite de vilozităţi, umplute numai cu sânge, nu se găsesc niciodată în placenta normală, situată în interiorul uterului. De asemenea nu se întâlneşte niciodată un «spaţiu sub-chorial» continuu, umplut cu sânge, sau un «sinus mar-

*) Lucrare din Institutul de Anatomie şi de Anatomie biologică.

**) In a 4-a lună a sarcinei, are o grosime de 18-21 mm.

In GRIPA

GERMICID

DR. WANDER

Tablete cu 0,5 gr.
Supozitoare cu 1,0 gr.
Supozitoare pentru copii 0,20 gr. cu Cafeină 0,02 gr.
Pulbere pentru receptură.

SULFAMIDA CU TOLERANȚA OPTIMA

SULFORONIN

Dr. WANDER

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree — Pneumonie — Meningită — Strepto — Stafilococie

Tuburi cu 24 tablete a 0,5 gr.

EXPECTORANT
ANTISEPTIC PULMONAR
RECALCIFIANT

ERIGON

DR. WANDER

Sirop

BRONȘITE CRONICE
ȘI SUBACUTE
TUBERCULOZA

Sulfogaiacolat de Potasiu
Codeină
Hipofosfiți

Mostre și literatură trimite la cerere:
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice si dietetice, București VI, Str. Cazărmei 89.

Protecția gestației

în avort iminent și habitual **sterilitate** în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă, **hemoragii** (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

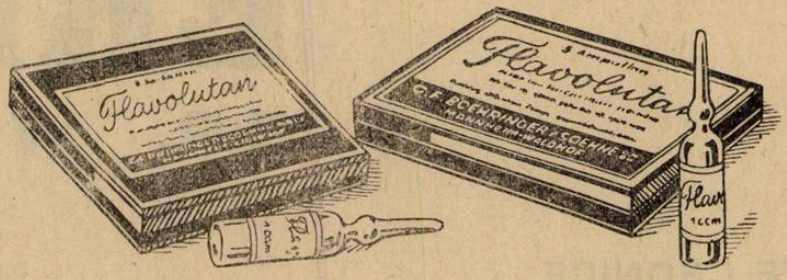
Flavolutan

(Corpul galben disolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III,** Strada General Eremia Grigorescu, 6

ginal vast, lipsit de vilozităţi. Ambele formaţiuni, care au fost adeseori

Figura 1. Secţiune prin spaţiul stelat vilos al placentei unei multipare. Femeia a murit în a 10-a lună a sarcinei.
Sublimat—formalin—acid acetic, parafin 7 u, Eisenhaematoxylin—Heidenhain - Chromatrop 2 R.
Mărime X 120.

descrise, se observă numai uneori în placenta dela naştere; ele se produc ca urmare ale modificărilor pe care le suferă placenta la naştere.

Configuraţia mai sus descrisă a vilozităţilor n'a fost recunoscută până acum. Aceasta se observă adeseori limpede, la o cercetare mai atentă, mai ales dacă placenta nu este secţionată, cum s'a făcut totdeauna până acum, perpendicular cu suprafaţa, ci paralel cu ea. Figura 1 din text arată o asemenea regiune din placenta unei multipare în a 10-a lună a sarcinei. La dreapta figurii se distinge o mare ramură viloasă. Din ea pornesc numeroase vilozităţi stelate. Ele se unesc în parte prin plasmodium, însă în cea mai mare parte prin ţesutul lor fundamental atât între ele cât şi cu marea ramură viloasă, care este secţionată la stânga figurii.

Configuraţia vilozităţilor reiese şi mai limpede, dacă reconstituim placentele după procedeul plăcilor de ceară. Figura 2-a arată un asemenea model dintr'o placentă în a 8-a lună a sarcinii. Acolo se distinge limpede că marea majoritate a vilozităţilor stau în legătură între ele; se observă numai foarte puţine vilozităţi libere, scurte. Configuraţia vilozităţilor seamănă mult mai mult cu un burete decât cu un arbore sau un arbust foarte bogat ramificat.

Figura 2. Model în ceară de vilozităţi stelate ale unei placente în a 8-a lună a sarcinei. Modelul a a fost preparat după mărimea X 300.

Vasele sanguine însile au aceiaşi configuraţie ca şi vilozităţile. Ramurile arterei ombilicale se distribue în lama chorională în felul cunoscut de mult timp. Din aceste ramuri pornesc vase mai mari spre trunchiurile viloase. Ele îşi trimit ramurile în marile ramuri viloase şi trec ca vase mici în vilozităţile stelate. Vasele se unesc între ele în acelaş mod ca şi vilozităţile. Ele formează în spaţiul stelat vilos o reţea de aspect uniform. Anastomoza vaselor se observă numai în puţinele vilozităţi care nu s'au unit cu altele, aşa dar în acelea care se termină prin extremităţi libere în spaţiu intervilos sau aderă la lama bazală sau la pereţii despărţitori. Venele prezintă în genere aceiaşi configuraţie ca arterele. Nu vreau nici aici să intru în amănunte, ci numai să arăt că reţeaua vaselor poate fi bine observată printr'o preparaţie specială. Figura 3-a arată o secţiune printr'o mică parte a placentei mature, la naştere. Arterele sunt injectate cu gelatină roşie şi se observă limpede pe această secţiune cum sunt unite între ele.

Structura vilozităţilor descrise de mine, pune într'o lumină nouă întreaga configuraţie a placentei, în special circulaţia ei sanguină. In cazul când placenta umană ar fi construită conform concepţiei noastre de până acum, ea ar consta din numeroase vilozităţi cu o ramificaţie arborescentă, al căror trunchiu provine din lama chorionului, şi care se unesc în parte cu lama bazală ca vilozităţi — cram-

poane, însă în cea mai mare parte se termină prin extremităţi libere în spaţiul intervilos. Placenta se află situată ca o placă recurbată între spaţiul amniotic umplut cu lichid amniotic, aşa dar complect incompresibil şi peretele muscular. Deoarece vilozităţile sunt extrem de moi şi flexibile, ar trebui să se mişte liber în sângele matern, tocmai ca nişte plante acuatice într'un acuarium. La orice contracţiune a peretelui uterin, în deosebi la facere, sângele ar trebui să fie complect extravazat din spaţiul intervilos, iar vilozităţile să se comprime reciproc. Prin aceasta, nutriţia şi mai cu seamă respiraţia copilului ar fi expuse în modul cel mai grav. Contracţiunea musculaturii uterine nu determină însă niciodată o extravazare completă a sângelui din spaţiul intervilos, după cum se poate arăta foarte simplu prin experienţe. Numai o foarte mică parte din vilozităţi se termină prin extremităţi libere în spaţiul intervilos, cele mai multe din ele se unesc unele cu altele şi formează un spaţiu stelat spongios, uniform repartizat pe toată întinderea. Sângele circulă dela lama basală prin artere de calibru mic în spaţiul intervilos şi se distribue uniform în această regiune. Arterele placentare în trecerea lor prin lama bazală, după cum a arătat *Waldeyer* (1889), au un aspect foarte flexuos. Prin aceasta curentul sanguin îşi micşorează aici iuţeala, sângele se infiltrează numai în spaţiul intervilos, unde se distribue. Presiunei sanguine însăşi îi revine aici numai un rol foarte neînsemnat, mult mai mare fiind rolul atât al pulsului vilos în vasele foetale, care determină o importantă umflare şi desumflare a vilozităţilor, cât şi acela al variaţiunilor de tonus ale peretelui uterin, care se manifestă limpede mai ales în lunile tardive ale sarcinei, sub forma durerilor facerii. Toate aceste procese determină distribuirea sângelui în placentă şi circulaţia sa prin numeroasele vene care provin din spaţiul intervilos, în toate regiunile lamei bazale. Ipoteza că irigaţia venoasă s'ar găsi numai în regiunile marginale ale placentei, nu corespunde faptelor. Spaţiul stelat al vilozităţilor, constituţia lui spongioasă, favorizează pe de o parte distribuirea sângelui, iar pe de altă parte împiedecă extravazarea eventuală a sângelui din spaţiul intervilos, în orice moment al sarcinei şi în special la naştere. In timpul facerii se contractă puternic şi porţiunea peretelui uterin, care este legată cu placenta, iar aceasta îşi micşorează suprafaţa, devenind însă totodată mai groasă. Totuşi spaţiul stelat vilos împiedică o extravazare complectă a sângelui din spaţiul intravilos. Structura vilozităţilor descrise de mine, explică astfel simplu procesele fiziologice ale circulaţiei sângelui în placentă.

Faptele descrise aici n'au fost cunoscute până acum, pe deoparte fiindcă evoluţia placentei normale dela a 4-a până la a 9-a lună a sarcinei n'a fost încă bine cercetată, pe de altă parte însă şi pentru faptul că în ultimele săptămâni înainte de facere, placenta suferă mari modificări. Numeroase vilozităţi pier atunci şi odată cu ele asociaţiile vasculare. Imediat înainte de naşterea spaţiului vilos stelat şi reţeaua vasculară cuprinsă în ele, nu se mai poate recunoaşte atât de bine, ca în perioada care se întinde dela luna a 4-a până la a 9-a. Este foarte probabil că modificările suferite de placentă în ultimele săptămâni ale sarcinei, corespund necesităţilor naşterii.

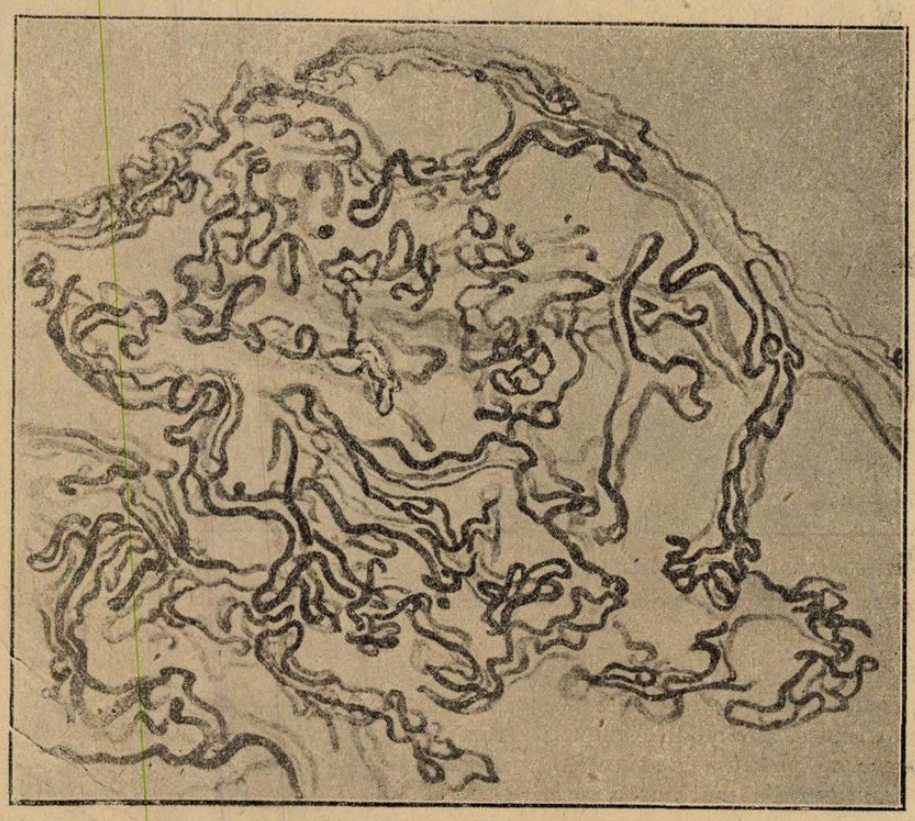


Figura 3. Conexiunile vasculare ale unei placente mature la naştere. Arterele injectate cu gelatină roşie: Formalin, paratin 50 u . mărime X.108.

Putem deci să deosebim mai multe perioade în evoluţia placentei, după formarea vilozităţilor primare, adică după prima lună:

1. Timpul tinereţii până la luna a 4-a.

In această perioadă vilozităţile sunt groase, îmbrăcate cu stratul fundamental şi plasmodium; ţesutul fundamental vilos este extrem de lax, sărac în fibre colagene, însă bogat în lacune şi celule globuloase; cuprinde numai puţine vase. La sfârşitul acestei perioade stratul fundamental dispare.

2. Timpul transformărei dela a 4-a până la a 7-a lună.

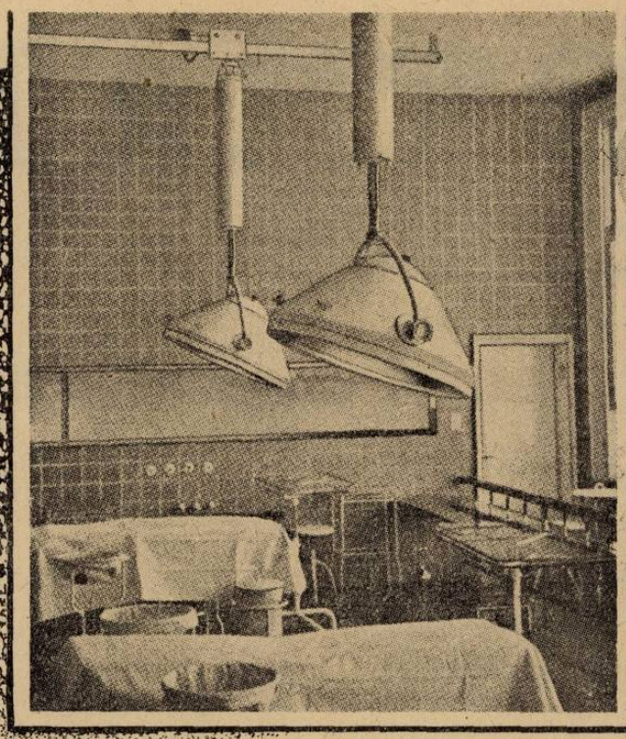
In această perioadă, stratul plasmodial al vilozităţilor se subţiază foarte mult, iar nucleii săi se micşorează. Ţesutul fundamental vilos devine mai solid; el cuprinde mult mai numeroase fibre colagene şi vase, celulele globuloase au dispărut. In acest timp se formează mereu noi vilozităţi stelate; constituind spaţiul stelat repartizat uniform în întreaga placentă: *Spongium placentae.*

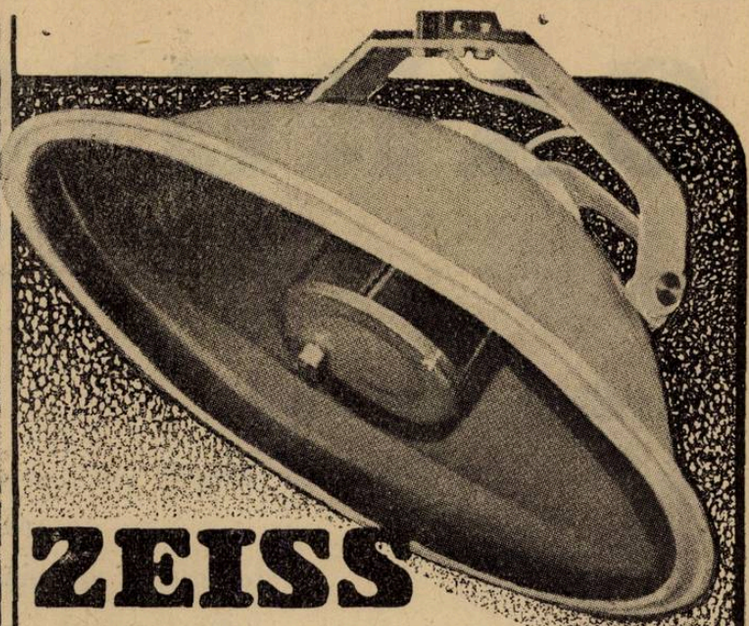
3. Timpul maturităţei, aceasta este punctul culminant al evoluţiei dela a 7-a până la a 10-a lună. Structura vilozităţilor nu se mai modifică, spaţiul stelat se măreşte uniform, paralel cu creşterea întregei placente, fără ca distanţele dintre vilozităţi să se mărească. Necontenit se formează noi vilozităţi stelate.

4. Timpul bătrâneţei, în ultimele săptămâni ale sarcinei. Placenta creşte numai foarte încet, vasele şi vilozităţile regresează în parte. Din cauza aceasta în timpul naşterei placenta îmbătrânită prezintă mult mai puţine asociaţii vasculare, decât în timpul maturităţii.

Rezultatele sunt descrise amănunţit în *H. Stive: Die Eintwicklung und der Bau der menschlichen Placenta* (Evoluţia şi structura placentei umane) în Zeitschrift für Mikroskopisch-anatomische Forschung Band 48 S. 281 und Band 50 S. 1 (1940-1941).

Tot acolo se găsesc date bibliografice.





ZEISS
PANTOPHOS

lampa de operație fără umbră, fără căldură și fără reflexe, cu oglindă de sticlă sau de metal. Pe lângă becul principal există și o sursă luminoasă de siguranță. Cu suspensie fixă cu sau fără tiraj și cu șină pentru deplasări laterale. Prospecte gratuite dela reprezentanța g-rală **Soc. An. de Agentură-Comision-Import,** fost **Otto & Alfred Herzog**

București I — B-dul Carol I, 48

CARL ZEISS JENA

CARDIOTRAT

Chinidinum nitrosum
Acid Phenylethylbarbituric
Aethylendiamin-dimetyhlxantin

Cardiotrat pilule **Cardiotrat fiole**

Angina pectoris major şi minor, trombosa coronarelor, asthma cardiale, opresiune precordială, hipertensiune, adipozitate, decompensaţie, insuficienţă stângă

Nordmark-Werke-Hamburg

D. ALEX. RADU, Str. Sofia 30, Bucureşti III

CINNOBIOL

Cinamat de Benzil, Cholesterină, Eucaliptol, Guaiacol.

Imunizaţie artificială contra infecţiunilor bacilare, afecţiuni ginecologice (leziuni inflamatorii, ulceraţii produse de agenţi patogeni).

1—2 fiole intramusc. pe zi

NEOPULMIN

Camphor, Urotropin, Guaiacol Oleiuri volatile transformate în combinaţii hidrosolubile.

Pneumonie, broncho-pneumonie, bronşite acute şi cronice, abcese pulmonare, stimulent cardiac în maladii infecţioase.

1—2 fiole intramusc. pe zi

Mostre şi literatură Laboratorul „IFAR"
Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — Bucureşti IV
Telefon 5.67.48

Despre o posibilitate de vindecare a anumitor forme de rachitism rezistente la vitamina D.*)

de Profesor Dr. G. BESSAU şi H. LÖHR

Din punct de vedere etiologic, rachitismul sugarilor a fost elucidat până într'atât, încât să poată fi considerat drept o stare de carenţă de vitamină D. In acelaş timp, este indicat şi tratamentul corespunzător: el constă în aportul factorului D.

Acţiunea factorului D se manifestă cu o constanţă de o regularitate extraordinară. Bineînţeles, cunoaştem şi condiţii cari, dacă nu suprimă cu totul efectul terapeutic, în orice caz îl încetinesc. Alimentaţia unilaterală întârzie vindecarea procesului rachitic *(Wieland)*. In cazul unui regim alimentar nefiziologic — mai cu seamă în prezenţa unei nevoi mărite de vitamină D, determinată de un factor constituţional — vindecarea deficienţă a unui rachitism după aportul de vitamină D poate să ne înşele asupra caracterului afecţiunei, care în ultimă instanţă este totuşi datorită avitaminozei. Un regim alimentar acid inhibează, unul alcalin favorizează vindecarea rachitismului (comp. *Bornscheuer*). Este incontestabil că infecţiile cronice pot întârzia efectul terapeutic al factorului D. De altfel, factorul D împărtăşeşte această soartă cu toate celelalte «vitamine». Asupra mecanismului acestei inhibiţii suntem încă insuficient informaţi, dar cele mai puţine cunoştinţe le avem despre modul de acţiune al factorului D, ale cărui căi în organism, a cărui intervenţie în schimburile nutritive, a cărui influenţă asupra aparatului hormonal şi ale cărui relaţii directe şi indirecte cu sistemul osos sunt până acum cu totul ascunse pentru noi. Autorii americani descriu forme de rachitism, cari nu se vindecă decât după doze neobicinuit de mari de vitamină D şi dintre cari unele pretind un tratament antirahitic continuu, pentru a evita recidivele.

Dar chiar dacă efectul vitaminei D nu se manifestă imediat, ci eventual numai după ce se iau în consideraţie condiţiile speciale, în nici unul din cazurile menţionate până acum nu poate fi vorba de un eşec *fundamental* al terapiei cu vitamină D, nu poate exista vreo îndoială asupra etiologiei rachitismului, datorită carenţei de vitamină D.

Acelaş lucru se poate spune despre rachitismul de origină „hepatică". *Gerstenberger* a atras atenţia asupra posibilităţii desvoltării unor forme de rachitism tipice în cazul atreziei congenitale a conductelor biliare, şi care rezistă tratamentului cu vitamină D; el a emis hipoteza unei utilizări defectuoase a vitaminei D, din cauza turburărilor funcţionale hepatice (ciroză). Thoenes a putut constata că în rachitismul hepatic tratamentul pe cale bucală cu vitamină D eşuează, dar că iradierile cu ultraviolete duc la vindecare; în consecinţă, el atribue eşecurile terapiei perorale turburărilor de resorbţie, în special a grăsimilor şi a substanţelor liposolubile, cari însoţesc ocluzia căilor biliare.

Ceva mai complicate sunt condiţiile în coeliakie. Să fie oare hipofosfatemia şi modificările rachitice ale scheletului, observate în acest caz, urmările unei insuficienţe de vitamină D? Dacă D, administrată pe cale bucală, eşuează, aceasta ar putea fi considerat ca una din manifestările parţiale ale turburării resorbţiei grăsimilor, care apare constant; dar devreme ce nici iradierile cu ultraviolete nu dau uneori nici un rezultat, *Fanconi* crede că poate să respingă o etiologie datorită carenţei de vitamină D. Poate că rezistenţa proceselor rachitice din coeliakie să fie rudă cu acea a cazurilor pe cari le vom relata în cele ce urmează.

De formele propriu-zise de rachitism „adevărat", datorite carenţei de D şi deci principial justiţiabile de terapia cu vitamină D trebuesc separate după părerea noastră diversele forme de rachitism renal, cel puţin o parte dintre ele. Asupra acestora nu vom insista mai detaliat în acest articol.

Dacă facem abstracţie de rachitismul renal şi luăm în consideraţie celelalte condiţiuni, cari îngreunează vindecarea rachitismului, resp. suprimă orice şanse de succes ale anumitor moduri de terapie cu vitamină D, de ex. administrarea pe cale bucală — mai există atunci cazuri „adevărate" de rachitism, rezistente la vitamina D. Liebe a descris iarăşi de curând un asemenea caz.

Noi înşine dispunem de două observaţii de rachitism „adevărat", cari trebuesc desemnate drept rezistente vitaminei D. Turburări funcţionale din partea rinichilor, ficatului sau a intestinului nu au putut fi dovedite.

Ceeace este demn de remarcat este faptul că amândoi copiii trecuseră de vârsta sugarilor: unul din ei era de doi ani, celălalt avea în momentul observaţiei clinice 4 ani. Era deci vorba în amândouă cazurile de un rachitism net târziu, resp. peren, deşi nu se putea spune că este un rachitism tardiv propriu zis. Nici unul din aceste două cazuri nu au reacţionat la măsurile antirachitice singure, dar amândouă au putut fi complect vindecate prin adausul «factorului de calcificare» AT 10.

Cazul 1. — J. n. F., fetiţă de doi ani dintr'o familie sănătoasă de ţărani. Un frate mai mare sănătos. Pacienta a fost lăptată la sân 4 luni. La vârsta de 1 an 3 4 s'a constatat un rachitism, în afara clinicei. I s'au dat atunci timp de 2 luni zilnic câte 15 picături de Vigantol.

Rezultatul examenului clinic în momentul internării: Lungime 72 cm. (— 12 cm.), greutate 8,2 kgr. (— 3,5 resp. — 0,2 kgr.).

Statică: Poate să şadă, dar încă nu poate să stea în picioare. Rezultatul examenului organelor interne negativ. Spasmofilie latentă. Reflexele facial şi peronier pozitive.

Radiologic: rachitism de tip osteomalacic.

Examenul morfologic al sângelui: normal.

Examenul clinic al sângelui:

Glicemia: 65, 70, 75, 82, 92 mgr. %.

Colesterina: 130, 180 mgr. %.

Lipoizii totali: 225, 480 mgr. %.

Albumine totale: 8,3 gr. % (albumine 3,9; globuline 4,4).

Clor: 387, 369, 331 mgr. %.

Potasiu: 15,6 mgr. %.

Ca: 7,7 mgr. %.

P: 3,4 mgr. %.

Fosfataza serică: 146 U (de 10—12 ori mai mult ca normal).

Rezerva alcalină: 48,7 vol. % CO^2.

Urina: acidă. Albumină şi glucoză absente. Sedimentul normal.

Bacteriologic sterilă.

Pigmenţi biliari absenţi.

Acetonă şi acid diacetic absente.

Funcţiunile hepatice: Bilirubina serică: Diazoreacţia directă: negativă. Diazoreacţia indirectă: urme.

Takata: de două ori pozitiv, de patru ori negativ.

Proba galactozuriei: normală.

Proba dioxyacetonei: normală.

Proba adrenalinei: creştere normală a glicemiei.

Proba lipoidică: creştere a lipoizilor totali dela 225 la 616 mgr. %.

Funcţiunile renale: Puterea de concentraţiune: până la 1030.

Azot rezidual: 21 mgr. %.

Indican seric: de două ori negativ, odată urme.

Xantoproteină: nu este mărită (determinată de trei ori).

*) Lucrare din Clinica infantilă a Universităţii din Berlin (Profesor Dr. *G. Bessau*).

Proba cloruremică: cu 3 gr. clorură de sodiu: 369 mgr. % după 6 ore 338 mgr.%.

Funcţiunile gastro-intestinale:

Sucul gastric: HCl liber 5, aciditate totală 30.

Clinic nu a fost constată niciodată vreo turburare gastro- intestinală.

Aparatul circulator: presiunea sistolică 85 (Riva Rocci).

EKG: QT prelungit (ca urmare a hipocalcemiei). In rest, nimic anormal.

Tratament. 1-a perioadă: 2 serii de vitamină D_2 a câte 15 mgr. per os, 2 serii de vitamină D_3 a câte 15 mgr. per os, 1 serii de injecţii intramusculare cu vitamină D_3 de 15 mgr. în timp de 3 luni. După aceasta, timp de alte 2 luni, iradieri cu ultraviolete. Rezultate: Nici o influenţă, nici asupra cantităţilor de P şi Ca din sânge, nici asupra aspectului radiologic al scheletului.

2-a perioadă: Iradieri cu ultraviolete şi de 3 ori pe zi câte 6 picături de AT 10, timp de 3 luni, iar pe lângă acestea în ultima lună la fiecare două zile câte 5 cmc. de sânge uman proaspăt intramuscular. Creşterea P-ului; din ser la 4,8 mgr. %, iar a Ca-ului din ser la 10,0 mgr. %.

Radiologic: depuneri evidente de calciu în zonele epifizare.

3-a perioadă: Numai iradieri cu ultraviolete, timp de 3 luni. Scăderea P-ului la 3,2 mgr. % şi a Ca-ului la 8,6 mgr. %. Dispariţia calciului depus la nivelul zonelor epifizare.

4-a perioadă: Iradieri cu ultraviolete şi de 3 ori pe zi câte 6 picături de AT 10, timp de 4 luni. Creşterea P-ului din ser la 5,6 mgr. %, a Ca-ului la 10,2 mgr. %.

Radiologic: vindecare completă a rachitismului.

5-a perioadă: Nici un fel de tratament timp de 3 luni ½. Scăderea P-ului seric la 3,3 mgr. %, iar a Ca-ului la 8,0 mgr. %. Pe lângă aceasta, semne de tetanie latentă.

Aspectul radiologic neschimbat.

6-a perioadă: De 3 ori pe zi câte 6 picături de AT 10, timp de 2 luni. Creşterea P-ului seric la 6,4 mgr.% a Ca-ului la 10,3 mgr. Fenomenele de spasmofilie au dispărut. Vindecarea din punct de vedere radiologic neschimbată.

Epicriză: O fetiţă în vârstă de doi ani, în rest sănătoasă, prezentând toate semnele clinice şi radiologice de rachitism, cu tetanie latentă, hipocalcemie şi hipofosfatemie, nu poate fi vindecată nici prin cele mai intensive măsuri de tratament antirachitic (ultraviolete, 2 serii de vitamină D_2 şi 2 serii de vitamină D_3 pe cale bucală şi 1 serie de vitamină D_3 în injecţii); rezultatele examenelor sângelui, clinic şi radiologic rămân neschimbate. Tratamentul suplimentar cu AT 10 ridică P-ul şi Ca-ul din sânge la valori normale *); pe lângă aceasta, radiologic se constată semne nete de vindecare. Suspendarea tratamentului cu AT 10, continuându-se iradierile cu raze ultraviolete, duce la o recidivă, atât sanguină, cât şi radiologică. Repetarea combinaţiei de tratament cu ultraviolete şi administrarea de AT 10 normalizează tabloul sanguin (P şi Ca) şi duce la vindecarea completă clinică şi radiologică. Suspendarea acestui tratament combinat duce la o nouă scădere a valorilor P şi Ca; cu această ocazie apare o tetanie latentă, fără ca rachitismul să recidiveze. Intr'o ultimă perioadă de tratament, exclusiv cu AT 10, cantităţile de P şi Ca redevin normale. Rachitismul pare (definitiv?) vindecat.

Cazul 2. — U. W. Băiatul nu a învăţat să meargă decât la 2 ani şi mersul lui legănat, ca de raţă, era frapant. La vârsta de 3 ani, este prezentat în policlinică: clinic şi radiologic semne sigure de rachitism, coxa vara. P: 2,9 mgr. %, Ca: 10,1 mgr. %. Tratament: Administrare de vitamină D_2 într'o serie de 15 mgr. Din neglijenţa părinţilor, bolnavul nu este adus din nou decât peste un an.

Rezultatul examenului clinic în momentul internării: Băiat în vârstă de 4 ani, dintr'o familie sănătoasă. Doi fraţi mai mari sănătoşi. Lungimea 87 cm. (— 11 cm.), greutate 10,7 kgr. (— 5,5 kgr. resp. — 0,7 kgr.). Organele interne normale. Nici un motiv de a bănui vreo turburare funcţională organică. Rachitism tipic al scheletului, aspectul radiologic, în comparaţie cu rezultatul examenului făcut cu un an înainte, nu prezintă decât o ameliorare fără nici o importanţă. Examenul morfologic al sângelui normal.

Examenul chimic al sângelui: Glucoză: 76 mgr. %.

Colesterină: 168 mgr. %.

Albumine totale: 7,05 gr. % (albumină 4,64, globulină 2,41).

Ca: 10,1 mgr. %.

P: 2,7 mgr. %.

Urina: acidă. Albumină şi glucoză absente. Sediment normal.

Bacteriologic sterilă.

Pigmenţi biliari absenţi.

Acetonă şi acid diacetic absente.

Funcţiunile hepatice: Takata negativ.

Proba dextrozei: normală.

Proba galactozei: normală.

Funcţiunile renale: Puterea de concentraţiune: până la 1029.

Azot rezidual: 33,6 mgr. %.

Indican seric: negativ.

Xantoproteine: normal.

Aparat circulator: EGK: normală.

Tratament. 1-a perioadă: A doua serie de vitamină D_2 de 22,5 (!) mgr. După un timp de aşteptare de 2 luni, valorile P-ului şi Ca-ului rămân neschimbate, rezultatul radiologic aproape identic.

2-a perioadă: A treia serie de 15 mgr. de vitamină D_2 şi pe lângă aceasta de trei ori pe zi câte 6 picături de AT 10, zilnic. Durata timpului de observaţie: 80 de zile. Calcemia şi fosforul sanguin nu se modifică prea mult. Totuşi, vindecare completă din punct de vedere radiologic.

Epicriză: Un băiat în vârstă de 3 ani — sănătos în rest — i se administrează pentru un rachitism tipic o serie de 15 mgr. de vitamină D_2, care la controlul făcut după un an nu arată nici un semn de vindecare. O a doua serie de vitamină D_2 de 22,5 mgr. (!) rămâne de asemeni fără nici un rezultat. Deabia tratamentul supraadăugat, cu AT 10 (pe lângă o a treia serie de 15 mgr. de vitamină D_2), duce la vindecarea completă a modificărilor rachitice ale scheletului, fără ca în compoziţia chimică a sângelui să fi intervenit vreo schimbare. Este interesant de remarcat că în cazul acesta, deşi deabia tratamentul suplimentar cu AT 10 a dus la schimbarea în bine, nu exista nici o scădere a calciului seric.

Rezultat:

1. Există, cel puţin în vârsta primei copilării, cazuri tipice de rachitism rezistent vitaminei D, în cari nu pot fi găsite nici un fel de turburări funcţionale renale, hepatice, intestinale sau altele.

2. Două cazuri de felul acesta au putut fi definitiv vindecate prin tratament *suplimentar* cu AT 10.

3. In primul caz, Ca şi P erau reduse, în cel de al doilea Ca era normal, P şi mai mult scăzut. Nu vom discuta acum, dacă scăderea Ca-ului din primul caz poate fi considerată drept o insuficienţă a paratiroidelor; în cazul 2 acest indiciu de insuficienţă paratiroidiană lipsea, totuşi a reacţionat şi acesta la administrarea suplimentară de AT 10.

4. In primul caz, vindecarea a urmat după normalizarea tipică a valorilor P şi Ca în sânge, în cel de al doilea fără nici o modificare a compoziţiei chimice a sângelui. După acest caz, ne putem îndoi dacă creşterea în sine tipică a P-ului, care marchează începutul vindecării rachitismului, este o condiţie neapărată a procesului de vindecare.

5. In primul caz, adausul de AT 10 a fost crescut nu numai Ca, dar şi P-ul.

6. In acelaş caz, după suspendarea administrării de AT 10 valorile Ca-ului şi P-ului au scăzut din nou, ceeace ar putea indica, în cazul acesta,

*) Hipoteza unei acţiuni favorabile asupra vindecării cu injecţiuni de sânge uman, pe care am admis-o iniţial, a fost desmintită de evoluţia ulterioară.

CHLORO-CALCION

Laboratoire Michels — 9 Rue Castex Paris — (IVe)

O SOLUȚIE STABILĂ, RIGUROS DOZATĂ DE CHLORURĂ DE CALCIU CHIMIC PURĂ

80 PICĂTURI SAU ½ LINGURIȚĂ DE CAFEA = 1GR $CaCl^2$

Hemostatic

Recalcifiant Dechlorurant

DIRECT ASSIMILABIL

LITERATURĂ ȘI PROBE GEORGES VERGLAS STR. PRECUPEȚII-VECHI Nº 1, BUCUREȘTI 3.

Uricedina

in tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta, reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile vezicei urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare, atonie intestinală, obezitate.

Reprezentanță:

Loew & Co. S. A.

Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.

Berlin SO 36

Estetica Feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SARĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Se recomandă
DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:
Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL
Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții intramusculare în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existență
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute și cronice *la copii și adulți*, diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza *etc.*

Pentru literatură și eșantioane a se adresa reprezentanței generale
București, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

existența adevărată a unei insuficiențe paratiroidiene.

Singurul lucru care poate fi considerat drept definitiv stabilit, este faptul că prin combinarea vitaminei D cu AT 10 cele două cazuri, cari nu reacționau la vitamina D singură, au fost vindecate de rachitismul lor. Ce lelalte rezultate sunt atât de puțin unitare și clare, încât este nevoe să așteptăm și rezultatele altor cercetări.

Ar fi justificată întrebarea, dacă nu cumva cele două cazuri au fost vindecate exclusiv de AT 10. Acest lucru nu este plauzibil; controale ulterioare vor fi bineînțeles necesare. *Harnapp* a constatat în clinica infantilă din Berlin, că AT 10 pur (sărac în vitamină D) lasă neinfluențate rachitismul și spasmofilia sugarilor. E adevărat că el a administrat doze mici; la dozele mari trebue să se țină seamă de faptul că, deoarece AT 10 conține vitamină D, factorul antirachitic va acționa.

Cum trebue să ne imaginăm modul de acțiune al combinației de vitamină D și AT 10? Suntem de părere, că pentru moment este mai bine să nu ne lansăm în hipoteze. Numai atât se poate spune: preparatele de mai înainte de vitamină D, impure, aveau un efect relativ puternic asupra mobilizării calciului (acțiune „toxică"). S'au făcut eforturi, pentru a obține factorul antirachitic D pur, liberat de toți factorii cari nu aveau decât o acțiune de mobilizare a calciului. Vitamina D chimic pură are o putere de mobilizare a calciului relativ redusă, dar totuși nu este lipsită de ea. Invers, factorul de calcinoză, AT 10, pur, are o putere de a mobiliza calciul foarte puternică, și numai o slabă acțiune antirachitică. După indicațiile lui Harnapp din anul 1935, în 1 cmc. Vigantol se găsesc 4500 unități antirachitice și 1,5 unitate cu acțiune calcifiantă, iar în 1 cmc. AT 10,400 și 150.

Trebue să ajungi la ideea că pentru unele cazuri de rachitism efectul de mobilizare a calciului al vitaminei D chimic pure este prea slab, astfel că adausul unui «factor calcifiant» are o acțiune favorabilă.

De altfel — și acest lucru îl accentuăm în special — cu siguranță că nu toate cazurile de rachitism din prima copilărie au nevoe de administrarea suplimentară de AT 10; ca regulă, trebue să știm că vindecarea survine fără acesta, numai datorită vitaminei D. Cari cazuri au nevoe de acest adaus, încă nu putem spune dinainte, până acum.

AT 10 este considerat drept înlocuitor al hormonului paratiroidian. Faptul că în cazurile de rachitism cari se vindecă cu greu, combinația de vitamină D cu AT 10 dau rezultate terapeutice bune, trebue să concentreze din nou atenția noastră asupra paratiroidei. Nu cumva este și acțiunea vitaminei D în legătură cu funcția paratiroidelor? Ceeace este interesant, este că bolnavul lui *Liebe*, care era și el în vârsta primei copilării, nu a reacționat la hormonul paratiroidian. Dar este adevărat că nu se dă nici o indicație asupra eficacității paratiroidinei întrebuințate.

Mai întâi, trebue controlat pe un număr mai mare de bolnavi, cari sunt cazurile de rachitism rezistent la vitamina D, cari sunt influențate favorabil de AT 10. In primul rând ne gândim la cazurile din prima copilărie, cari corespund cazurilor noastre. La fel și copii cu coeliakie+rachitism, cari de cele mai multe ori sunt în perioada primei copilării și cari deseori răspund prost sau deloc la terapia cu vitamină D singură, ar trebui supuși unui tratament de încercare cu D+AT 10. Ar mai trebui constatat și dacă rezultatele obținute în rachitismul tardiv propriu-zis nu pot fi ameliorate prin această combinație. Pe de altă parte ar mai fi de cercetat, dacă și în ce fel este influențată acțiunea factorului de calcinoză în cazurile sigure de insuficiență a glandelor paratiroide de către factorul antirachitic.

Importanța casei „BAYER" în descoperirea de noi medicamente

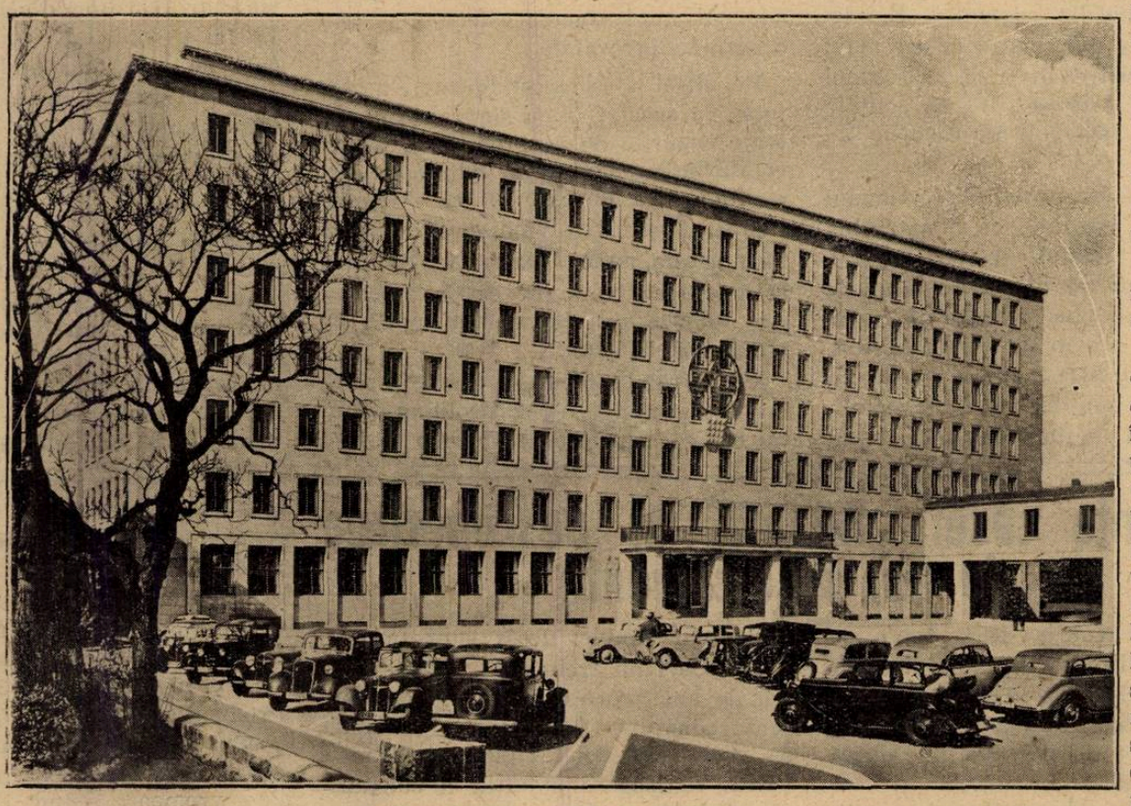
Când în Februarie 1888, într'o ședință a consiliului de administrație al fostei Farbenfabrik vorm. Friedrich Bayer & Co., Elberfeld, se luă hotărârea de a se înființa, pe lângă întreprinderea de producție și comercializare a coloranților, o secțiune farmaceutică, nici unul dintre participanții acestei ședințe nu a bănuit însemnătatea ce ar putea-o căpăta, în decursul vremii, sinteza medicamentelor. Puținele meditamente, care se preparau până în preajma anului 1880, și a căror eficacitate era de cele mai multe ori îndoelnică, se alcătuiau doar din substanțele naturale, parte de origină minerală sub formă de săruri, parte de origină vegetală și animală. E drept că pe vremea aceea, procedeul de izolare a diferitelor substanțe active din plante, devenise bine cunoscut. Astfel *Sertürner* reușise în anul 1804 să izoleze morfina din opiu; în 1820 *Runge, Pelletier* și *Caventou* izolaseră chinina din scoarța de China, iar *Niemann* cocaina din foile de Coca. Cei neinițiați în științele chimice își imaginează aceste probleme mult mai simple, decât sunt în realitate. Căci au trebuit să treacă peste 100 de ani, până ce se descoperi formula constitutivă a morfinei. Alături de străduința de a cunoaște în mod precis compoziția chimică a substanței, s'au făcut și încercări de a o produce pe cale sintetică din elemente chimice simple. Multe din aceste încercări n'au dat chimistului răspunsul clar pe care-l căuta, dar lucrările acestea au îmbogățit în mod considerabil cunoștința despre acțiunea corpilor chimici asupra organismului. Dacă până în prezent nu s'a reușit, de exemplu, a se obține sinteza desăvârșită a chininei și dacă, după descoperirea preparatelor *Antipyrin* și *Pyramidon*, cu acțiunea lor antipiretică, și a preparatelor *Atebrin* și *Plasmochin*, cu acțiunea lor antimalarică, sinteza chininei pierde însemnătatea ei practică, lucrările privitoare la găsirea formulei constitutive și încercările de sintetizare, au condus totuși la descoperirea unei întregi serii de medicamente foarte prețioase.

Astăzi, sinteza corpilor organici a modificat din temelii întreaga viață economică, mai întâi în sensul îmbunătățirii substanțelor naturale pe cale sintetică, apoi prin faptul că ne-a permis să devenim independenți față de produsele naturale de care nu dispunem decât în cantități limitate. Producția sintetică a mătăsii, a firului de lână, a cauciucului și a benzinei pare astăzi un lucru firesc. Pe vremea când uzinle Farbenfabrik au început să se ocupe și cu producția medicamentelor, s'au preparat pe cale sintetică — în afară de cloroform, hidrat de cloral, acid salicilic și iodoform — aproape exclusiv numai coloranți, în cantități mai importante. E interesant să amintim că substanța care a arătat drumul spre sinteza coloranților a fost tot un medicament, anume chinina. Se credea atunci a se fi observat că alcaloidul febrifug, cunoscut sub numele de chinină, încălzindu-se cu potasă caustică, lasă între altele și urme de anilină. De aici, un asistent a lui A. W. von Hoffmann, studentul W. H. Perkin, în vârstă de 18 ani, concepu cu entuziasm tinerese planul îndrăznet de a produce pe cale inversă chinină din anilină. Fără a izbuti să realizeze acest plan, el găsi în schimb un colorant violet, pe care-l botează după culoarea malvei, mauveină. A-

cesta a fost începutul sintezei altor coloranți.

Spre a putea judeca din punct de vedere istoric cotitura făcută de întreaga terapie, este interesant de a se cunoaște și faptul, că cloroformul descoperit în anul 1931 de *Liebig* și *Soubeiran*, a fost întrebuințat prima dată pentru narcoză abia în anul 1847 de către *Simpson*. In aceeași epocă se descoperi și acțiunea narcotică a eterului, iar hidratul de cloral fu introdus în terapie abia în anul 1869.

Cât de insuficiente au fost cunoștințele terapeutice de pe atunci, cât de reduse noțiunile din domeniul farmacologiei și cât de mare importanța sintezei medicamentelor, care începu în anul 1880, toate acestea le putem vedea dacă facem o comparație între prima ediție a cărții «Grundriss der Arzneimittellehre» și un manual modern de farmacologie. Candidatului de atunci nu trebuia să-i fie teamă de examen, dacă în genere era supus unor întrebări din această materie. In afară de alcaloizi se citează aici numai cloroformul, hidratul de cloral, paraldehida, nitritul de amil, acidul, fenic pirocatechina hidrochinona, rezorcina, pirogalolul, timolul, acidul salicilic, acidul benzoic, digitala și ergotina. Sunt menționate, bineînțeles, și revulsivele, purgativele, astringentele, sărurile, acizii și diferitele ceaiuri.



Palatul administrativ al Casei «Bayer».

Dacă aruncăm în schimb o privire asupra arsenalului terapeutic al medicului contemporan, avem o imagine clară despre progresul enorm pe care terapia l-a putut înregistra în toate domeniile medicinei. Chimioterapia, seroterapia, hormonoterapia, vitaminoterapia, toate acestea sunt noțiuni, cari odinioară erau complet necunoscute. Azi suntem în măsură de a vindeca boli, față de care înainte vreme eram desarmați. Casa «Bayer» din Leverkusen poate să-și revendice meritul de a fi contribuit la această uriașă desvoltare a medicinei, cu multe și importante rezultate științifice.

Chimioterapia și *Salvarsan*, *Prontosil*, *Uliron*, *Eleudron*, *Atebrin*, *etc.*

Seroterapia și *serul antidifteric* E. v. Behring, *serul antitetanic* E. v. Behring, etc.

Hormonii și primul hormon produs pe cale sintetică, *Suprarenin*, *Prolan*, *Prelobin*, *Lutren*, *Cyren*, etc.

Vitaminele și prima vtamină B 1, *Betaxin* produsă pe cale sintetică, *Cantan*, *Vigantol*, etc.

Anestezia și *Novocaina*, *Pantocaina*, etc., au devenit noțiuni inseparabile.

Antipireticile și *Analgezicile* în sensul actual, au fost prezentate pentru prima oară sub forma preparatelor *Antipyrin*, *Phenacetin*, *Pyramidon*, *Aspirin*, etc.

Mai menționăm ca cele mai importante descoperiri în timpul din urmă produsul *Cyren* B, care, ca preparat sintetic, este folosit în toate indicațiunile terapiei cu foliculină și *Dolantin* ca spasmolitic și analgezic desăvârșit.

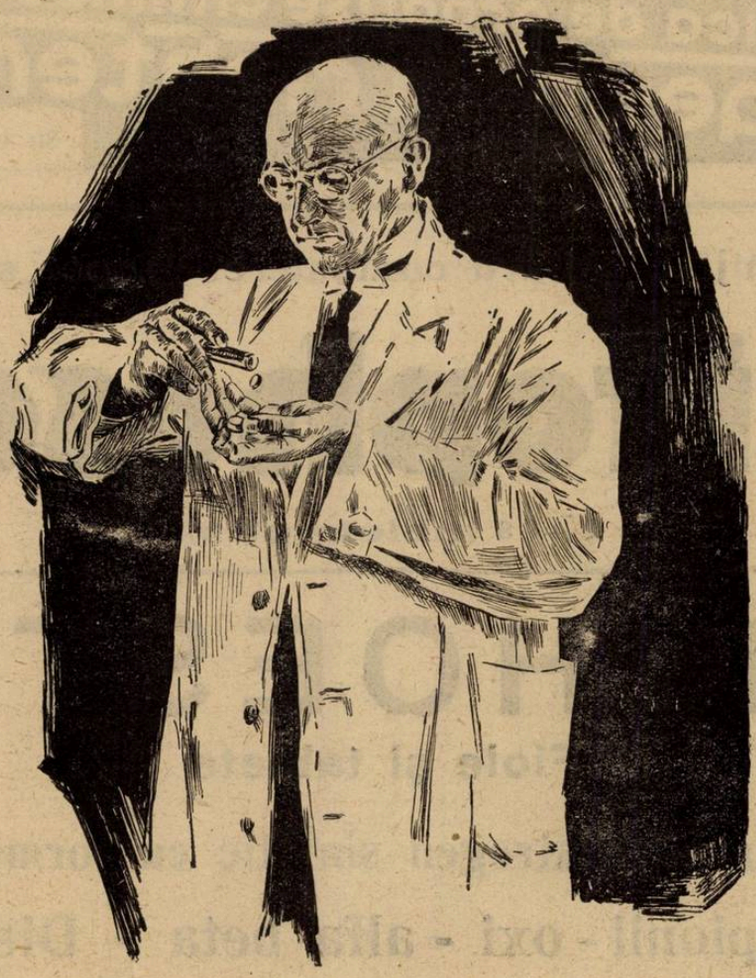
Cât de mult au contribuit cercetările noastre la perfecționarea în primul rând al *medicinei tropicale!* Nu există aproape nici o problemă care să nu fi fost abordată de instituțiile noastre de cercetare. Agenda noastră medicală arată atât în tabloul preparatelor cât și în formularul terapeutic, mai amănunțit decât o putem face aici, care sunt preparatele create în laboratoarele noastre de cercetare, în strânsă colaborare cu medicina experimentală și clinică, preparate ce prezintă o importanță unanim recunoscută.

In mersul grăbit al epocei noastre suntem prea ușor înclinați de a privi orice progres ca ceva dela sine înțeles. Dar abia după trecerea în revistă a domeniului de activitate și după cercetarea acestuia în lumina istorică a evoluției, suntem în măsură să apreciem la justa valoare progresul realizat.

Orice progres este în funcție de timp și nu poate rezulta decât din observațiuni și experimente multiple. Dată fiind însă desvoltarea uriașă a deosebitelor ramuri ale științelor naturale, este greu de a se evidenția toate momentele hotărâtoare care au deschis drumul progresului și l-au desvoltat. Medicamente ca *Salvarsan* și *Prontosil*, *Atebrin* și *Plasmochin*, hormonii și vitaminele constitue puncte culminante ale unei evoluțiuni științifice, la care au contribuit numeroși oameni de știință din lumea întreagă.

In deobște, industriile sunt privite doar ca întreprinderi de natură lucrativă. Dacă înfăptuirile secției farmaceutice «Bayer» s'ar întemeia numai pe combinarea unor medicamente, pe care la urma urmelor le poate prescrie ori care medic, ea nu s'ar putea bucura de altă apreciere decât de aceea a unei întreprinderi lucrative. Inaltele comandamente etice pe care se sprijină conducerea și savanții care lucrează în laboratoarele de cercetare, realizările pentru promovarea cunoștințelor științifice, merită însă a fi judecată într'o lumină cu totul alta.

O întreprindere este deobiceiu ceva impersonal. Dacă însă cuvântul «Bayer» a devenit o noțiune personală, el trebue să fie legat de valori și fapte excepționale. Nu numai impunătorului număr de preparate și plenitudinii indicațiunilor verificate i se datorește noțiunea standard de preparate «Bayer», ci mai întâi de toate substratului științific dela care au pornit, precum și autocriticei severe la care sunt supuse toate preparatele noui, înainte de a lua drumul în practica zilnică. Tot astfel și atenția care domină la prepararea produselor a contribuit la consolidarea încrederii în aceste preparate.



Eu însumi le-am încercat!

Pe preparatele „MERCK“ te poți bizui, indiferent dacă în scop terapeutic sau în laborator.

E. Merck

FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE — DARMSTADT
FONDATA IN 1827

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69.03

Un singur mijloc pentru combaterea gripei și a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

SYNTHOESTRIN

Fiole și tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4. 4' Dipropionil - oxi - alfa beta - Dietil-Stilben.

Acțiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanță, corespunzând efectului a 10.000 unități internaționale hormon folicular cristalizat.

In toate anemiile și în reconvalescență

FERCUPAR

TABLETE

(Fer, cupru, ficat, viamina B.)

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII–DEBILITATE–CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI–ERITEME–ECZEME–PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE–INSOMNII–AGITAŢIE
EMOTIVITATE–TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM–ARTRITISM–OBEZITATE
GUTĂ–GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid — Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6–10 comprimate pe zi.
Copii dela 5–12 ani:	3– 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2– 5 ani:	1– 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2– 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — BUCUREȘTI I, STR. SF. IONICĂ, 8

Anul XX No. 6 — 15 Lei Exemplarul — 15 Martie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu, T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTR. ASOCIAŢIUNII SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

CONGRESUL DE CHIRURGIE DE RĂSBOI

Prof. Dr. I. TĂNĂSESCU: *Cuvântare introductivă* 77
Prof. Dr. P. TOMESCU: *Discurs la deschiderea congresului* 77
Prof. Dr. IACOBOVICI şi I. N. PETROŞANU: *Plăgile penetrante de răsboi ale toracelui* 78
Prof. Dr. M. CIUCĂ şi P. CONDREA: *Prevenirea şi tratamentul tetanosului de răsboi* 78
Prof. Dr. AL. COSĂCESCU: *Hemoragiile secundare în plăgile de răsboi* 79
Prof. Dr. I. BĂLTEANU: *Măsuri practice pentru prevenirea şi combaterea epidemiilor* 80

Pagina

Prof. Dr. I. NICOLAU: *Transfuzia în timp de răsboi* 81
Prof. Dr. AL. MORUZI: *Gangrena gazoasă în cursul campaniei din 1941* 81
Prof. Dr. DAN THEODORESCU: *Plăgile maxilo-faciale de răsboi* . . 81

NOUA LEGE A CADRELOR MEDICALE.

Unificarea normelor de recrutare, numire şi funcţionare a medicilor, farmaciştilor, chimiştilor, externilor şi internilor ai Institutiunilor publice şi de utilitate publică 84

CONSILIUL SANITAR SUPERIOR

Stabilirea normelor de funcţionare. 90

Pagina

REVISTA CĂRŢEI

PAPILIAN şi VELLUDA: *Istoricul antropologiei în România, recenzie de Prof. M. Kernbach* 83

NOTE ŞI INFORMAŢII

Legea pentru trecerea la Ministerul Sănătăţii a tuturor serviciilor medicale şi Sanitare; Măsuri sanitare luate în Consiliul de Miniştri; Noul Consiliu Sanitar Superior 92
Noile norme de numiri şi transferări ale medicilor; Concursurile pentru medici secundari pentru Internat şi Externat 93
Noul comitet al Soc. de chirurgie; Premiul Behring; Recensământul personalului sanitar auxiliar. 94

TORANTIL

Preparat standardizat pentru tratamentul stărilor de intoxicaţie alergice şi intestinale

In tratamentul tuturor afecţiunilor consecutive unei funcţiuni de desintoxicare turburate sau slabe a peretelui intestinal.

BAYER

Colită,
Colită ulceroasă,
Ulcer gastric,
Ulcer duodenal,

Astm bronşial,
Urticaria,
Coriză potenică,
Acnee.

»Bayer«
LEVERKUSEN

Ambalaje originale: Flacon cu 20 drageuri.
Cutie cu 5 fiole Torantil + fiole apă dist. steril.

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92.86.

Înaltă precizie terapeutică, chiar și la acele maladii la care o exactă stabilire a etiologiei și a felului maladiei nu este posibilă decât după o observație mai îndelungată.

Combizym

PREPARAT DE ENZYME DIGESTIVE MULTIVALENTE

TURBURĂRI DISPEPTICE de cele mai diverse origine

DISPEPSIE DE PUTREFACȚIE, indicanurie.

TURBURĂRI ALE DIGESTIEI GRĂSIMILOR la insuficiență biliară, icter, etc...

DISPEPSIE DE FERMENTAȚIE cu consecințele ei:
(Meteorism, indispoziții cardiace, turburări ale somnului.
Enterite de origine neclară.
Turburări de digestie la CURĂ DE REGIM.

SLĂBIREA PANCREASULUI

Insuficiențe digestive generale și post-operative.
Turburări pancreatice la îmbolnăviri biliare persistente.

ÎMBOLNĂVIRI ALE PIELEI

ca urmare a turburării proceselor digestive

ÎN RECONVALESCENȚĂ

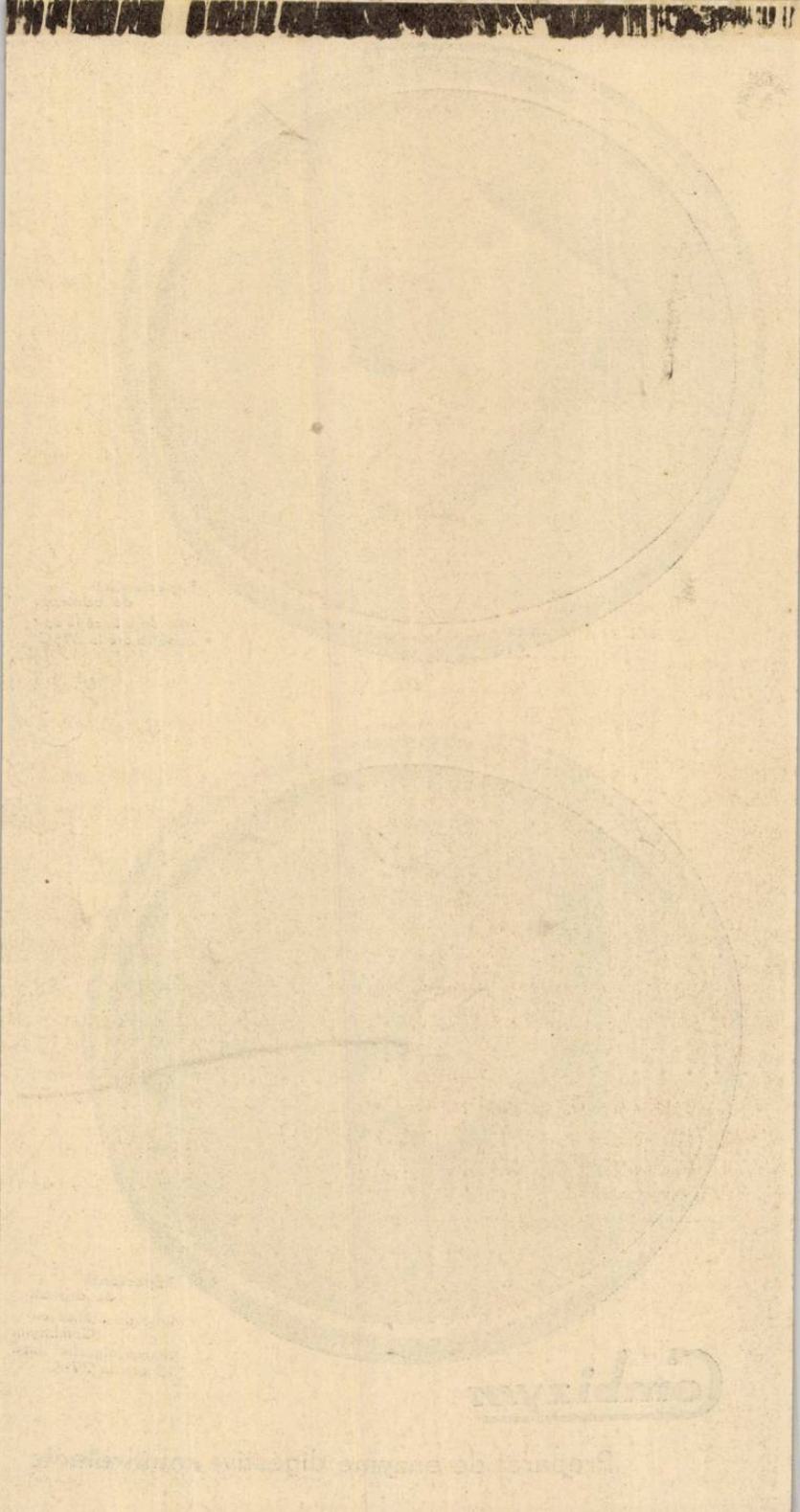
la LIPSĂ DE POFTĂ DE MÂNCARE precum și la CURA DE ÎNGRĂȘARE pentru folosirea optimă a nutriției.

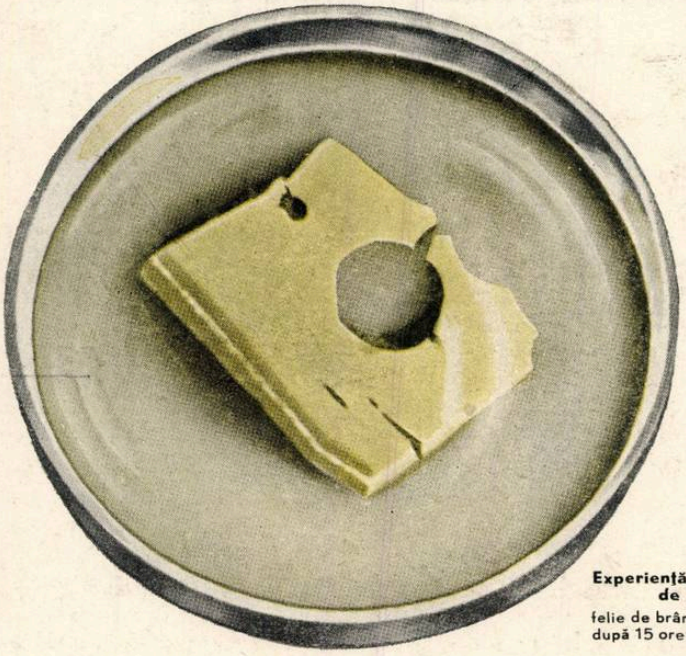
AMBALAJ ORIGINAL CU 30 DRAGEE

„Combizym este de o deosebită valoare ca terapeutic cauzal precum și ca terapeutic de substituire, este un progres evident și o achiziție nouă în tratamentul turburărilor tubului digestiv".

Dr. M. EUTENEUER, „Münchener Medizinische Wochenschrift" 1939, No. 21

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
STR. SF. IONICĂ, 8—BUCUREȘTI, I



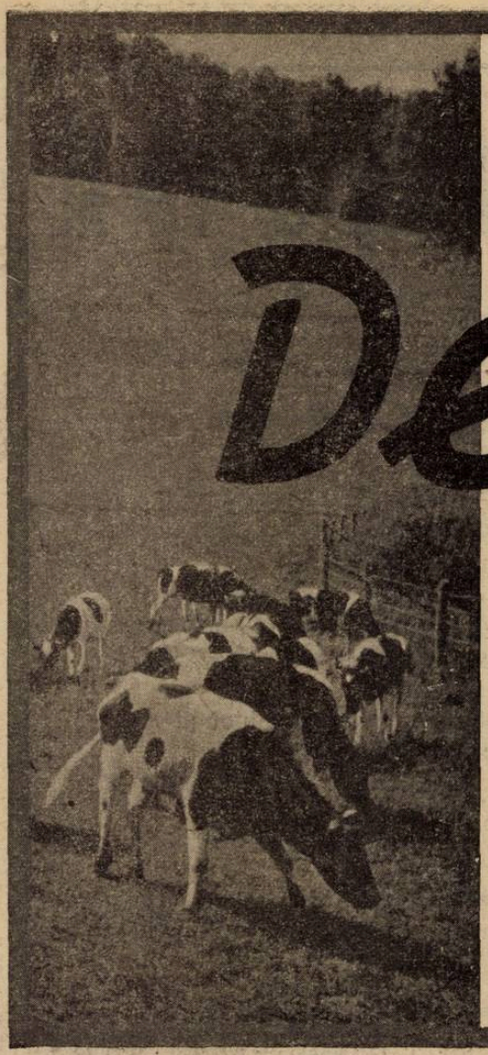


Experienţă de control:
felie de brânză în apă după 15 ore la 37° C

Experienţă de digestie:
felie de brânză cu Combizym. Starea digestiei după 15 ore la 37° C.

Combizym

Preparat de enzyme digestive multivalente



PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Liniștea noaptea

fără turburări consecutive a stării generale prin

NOCTAL

Tuburi cu 10 comprimate de 0,20 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6.

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Vigantol

Preparatul pur de

VITAMINA »D«

In turburările metabolismului fosfo-calcic al sistemului osos şi al dinţilor. In rachitism.

Pentru a stimula odontogeneza şi pentru a uşura erupţiunea dinţilor.

Pentru ameliorarea tabloului calcic în spasmofilie şi alergie.

»Bayer« LEVERKUSEN A RH.

E. Merck DARMSTADT

»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I
Str. Brezoianu, 53. — Tel. 3.92.80

»CHIMIROMAN« Bucureşti I.
Str. T. G. Masaryk 32. Tel.: 2.71.48.

Uricedina

in tratamentul bolilor de nutriţie cum sunt: Guta, reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecţiunile vezicei urinare, boli ale ficatului şi ale căilor biliare, atonie intestinală, obezitate.

Reprezentanţă:

Loew & Co. S. A.
Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.
Berlin SO 36

Anul XX No. 6 — 15 Lei Exemplarul — 15 Martie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Congresul de Chirurgie de Război

Cuvântările ţinute. — Mesagiul d-lui Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului. Problemele discutate şi Rapoartele prezentate.

In ziua de 21 Februarie a avut loc în Aula Universităţii Mihăilene deschiderea solemnă a congresului, într'o atmosferă de înaltă ţinută şi în prezenţa unui public numeros.

S'a făcut pomenirea medicilor, studenţilor şi personalului medical mort în război, îndeplinindu-şi datoria.

Apoi P. S. Valeriu Botoşăneanu, vicarul arhiepiscopiei Iaşilor a rostit o scurtă cuvântare arătând opera măreaţă desfăşurată de corpul medical în actualul război. Incheind binecuvântează congresul, urându-i spor la lucrări, de pe urma cărora se vor trage folcase pentru viitor.

Cuvântul d-lui Preşedinte al Congresului

D. Prof. Dr. I. Tănăsescu, preşedintele Congresului, luând cuvântul a spus între altele:

Adresându-mă oaspeţilor, vă spun din toată inima «Bine aţi venit în vechea capitală a Moldovei întregite, urându-vă ca timpul scurt pe care-l veţi petrece între noi să vă fie plăcut, aşa ca, la întoarcere acasă, amintirea laşilor să nu se piardă pe drum, iar dacă cândva glasuri se vor mai auzi cerând refacerea acestui oraş, aceia dintre d-voastră care puteţi, să nu le refuzaţi o mână de ajutor.

In continuare d-sa a cerut asistenţei să se păstreze un moment de reculegere pentru pomenirea colegilor, studenţilor şi a personalului medical ajutător, căzuţi pe câmpul de onoare în lupta sfântă contra întunericului.

Apoi, în numele congresiştilor, a adus omagiul respectuos şi plin de un devotament nemărginat la picioarele Tronului, urând M. S. Regelui Mihai sănătate, ani mulţi şi glorie deplină. Deasemeni d-sa a adus mulţumiri d-lui *Mareşal I. Antonescu* Conducătorul Statului, care a făcut deosebita cinste acceptând înaltul său patronaj, d-nilor miniştri dr. P. Tomescu şi general Pantazi, care au primit cu toată căldura ideia alcătuirei acestui congres.

Ideia alcătuirea acestui congres a luat fiinţă numai din dorinţa de a se face mai bine — a spus d-sa. Am crezut că făcând apel la toţi chirurgii care au activat în campania din vara anului 1941 se vor aduce în discuţii fapte şi observaţiuni care să deschidă orizonturi noui fie în materie de organizare sanitară, fie în materie de terapeutică, rezolvind astfel unele probleme care astăzi, în lumina nouilor achiziţiuni şi pe baza observaţiunilor dela noi şi din alte părţi, au căpătat cu totul alte înfăţişări.

In continuare, d-sa a vorbit despre calităţile de bază ce se cer unui chirurg de carieră şi a declarat congresul deschis, urând spor la muncă şi succes desăvârşit.

Omagiul cetăţenilor Iaşului

D. general *Const. Ionescu*, în numele cetăţenilor Iaşului a salutat sosirea congresiştilor în capitala Moldovei, ieşenii fiind mândri a primi pe cercetătorii cei mai temerari ai profunzimilor făpturii omeneşti şi pe salvatorii săi cei mai iscusiţi.

Războiul nu s'a sfârşit şi dacă ziua definitivă a graniţelor pe care le pretindem va cere noui jertfe, laşul — a încheiat d-sa — va ţine din nou un loc de frunte, ca la chemarea Regelui să le aducă pe ale sale pe altarul Patriei, cu atât mai mult cu cât nu există cetăţean conştient, care să prefere sclavia bolşevică, în locul jertfei pentru libertate în graniţele noastre firești.

Au vorbit apoi: d. *prof. univ. Ţupa* decanul Facultăţii de Medicină şi prof. *dr. Tudoran* în numele Aşezămintelor Sf. Spiridon, după care d. *dr. Max Rummler*, în numele delegaţiei de medici germani a adus salutul Reichului la acest congres şi urările unei cât mai bune reuşite.

D. *dr. Capitanovici* a vorbit în numele d-lui general Pantazi, ministrul apărării Naţionale, aducând cele mai bune urări congresiştilor, iar d. inspector dr. Lisievici a vorbit în numele medicilor basarabeni.

A luat apoi cuvântul d. ministru Tomescu.

Cuvântarea d-lui Profesor Dr. P. Tomescu,

Ministrul Sănătăţei şi Ocroti i or Sociale

D. prof. dr. P. Tomescu, *Ministrul Sănătăţii şi al Ocrotirilor Sociale, a adus un mesagiu din partea d-lui Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului, sub al cărui patronaj se ţine Congresul de Chirurgie de Război.*

Domnul Mareşal Conducător a avut deosebita mulţumire să constate dela începutul campaniei din vara trecută, munca devotată a medicilor, marea lor competenţă ştiinţifică şi patriotismul lor luminat.

Domnul Mareşal a avut satisfacţia şi mândria să constate progresele făcute de chirurgia românească în ultimele două decenii, astfel că pierderile — proporţia invalizilor în raport cu numărul luptătorilor, — au fost mult mai mici decât în războiul trecut.

Domnul Mareşal crede şi ţine să arate ţării că aportul adus de medici în campania din 1941 a fost tot atât de mare ca şi acela al soldaţilor şi ofiţerilor care au luptat în primele linii ale frontului întrucât ei au asigurat salvarea luptătorilor, redându-i ţării.

In afară de rolul medicilor atât de important în război, ei au un rol tot atât de important în opera de redresare şi de dreptate socială pe care Conducătorul Statului o urmăreşte.

Medicii au înţeles aportul pe care trebue să-l aducă şi în aceest domeniu. Domnul Mareşal le mulţumeşte şi îi roagă să se înroleze cu toţii, în această luptă dusă de Consiliul de Patronaj al Operelor sociale şi de Guvern, luptă care urmăreşte ameliorarea condiţiilor de viaţă a tuturor categoriilor sociale.

Domnul Mareşal ţine să arate congresului că efortul armat al României nu s'a terminat. De aceia urează Congresului să ajungă la concluzii utile pentru campania ce urmează şi care va fi hotărâtoare pentru Victoria românească.

Domnul Ministru al Sănătăţii arată mai departe că cel mai bun răspuns pe care medicii români îl vor da aces-

lui frumos mesagiu va fi prin acțiunea lor profesională pe care o vor desfășura în Campania viitoare cu tot elanul lor patriotic și cu devotamentul lor de totdeauna.

Apoi d. prof. Dr. Tomescu face un elogiu călduros Iașului, care a rămas și în prezent pe marea linie de veche tradiție istorică a luptei, a sacrificiului și a gloriei.

Din punct de vedere medical și științific, acest congres inițiat de cei mai iluștri chirurgi ai țării este o încununare glorioasă a luptelor și sacrificiilor pe care vechea cetate a Moldovei le-a adus în cursul campaniei din 1941

Domnul Ministru solicită ca în urma discuțiilor lucrărilor științifice care formează progamul atât de bogat al Congresului, să se formuleze concluzii practice punându-se la punct metodele chirurgicale, cari vor fi aplicate integral în toate spitalele de campanie și de Zonă Interioară. Congresul acesta menit ca în mijlocul războiului să arate vitalitatea și capacitatea științei românești, odată cu marele rol al medicilor în viața națională, este privit de țară și de Guvern cu cea mai vie simpatie și cu cel mai mare interes.

Pentru a manifesta aceste sentimente și pentru a sublinia o realitate Domnul Profesor Mihai Antonescu Vice Președintele Consiliului de Miniștri, mi-a adresat următoarea scrisoare pentru Dvs.:

«Vă rog să exprimați și în numele meu gratitudinea pe care o purtăm toți — Guverul și țara — vrednicilor medici cari, ca ostași au îmblânzit suferința eroilor, iar pe întregul cuprins al țării au luptat împotriva epidemiilor și au ajutat astfel răspunderea Mareșalului nostru. Fiți interpretul credinței mele întregi în rolul social și național al Medicilor în România Mareșalului Antonescu. Statul nou va trebui să dea medicului marele rost de apărare și ridicare a familiei românești, iar igienei rurale marea sarcină de a ridica viața de suferință și de sărăcie a țăranului nostru.

Urez Congresului Dvs., cea mai rodnică activitate și salut pe toți congresiștii cu românescul crez «Trăiască Regele».

Raportul d-lor Prof. Dr. Iacobovici și Dr. I. N. Petroșanu: Plăgile penetrante de război ale toracelui.

La 4316 răniți internați la Spitalul 305 București, condus de Prof. Iacobovici și la Spitalul 175 Buzău, condus de Dr. Petroșanu, au fost 159 plăgi penetrante, deci 4,24% și 313 plăgi nepenetrante, adică 7,4%.

Din cele 159 plăgi penetrante 158 au interesat plămânii singuri sau alte organe toraco-abdominale ori scheletul. O singură plagă a interesat cordul.

Plăgile au fost produse de glonț de 87 de ori și de schijede 72 de ori.

Pneumotoraxul deschis și cel cu ventil constituesc complicațiile cele mai grave.

Pe 159 plăgi penetrante toracice au fost 7 morți, deci o mortalitate de 4,4%.

Propuneri:

1. Răniții cu plăgi penetrante toracice și cu pneumotorax deschis constituesc extrema urgență. La postul de prim ajutor trebue aplicat un pansament ocluziv. La ambulanța Divizionară sau cel mult la Spitalul de Campanie, pneumotoraxul trebue închis.

2. Transportul răniților cu plăgi penetrante toracice să se facă de preferință cu avionul și către acele formațiuni, care pot ospitaliza un timp cât mai îndelungat.

3. Transportul cu avionul să se facă în conformitate cu instrucțiunile pe care le au piloții, adică să nu se urce la altitudini mai mari de 500 metri.

4. Crearea de spitale speciale pentru pulmonari este recomandabilă. In lipsa acestora, ori unde este pecsibilitate, se vor rezerva camere speciale pentru pulmonari.

5) Tratamentul medical este suficient în majoritatea cazurilor. Tratamentul chirurgical al hemotoraxului simplu sau infectat, al piopneumotoraxului, abceselor pulmonare și pleureziilor purulente, aplicat judicios dă rezultate bune.

6. Metodele de drenaj cu torace închis sunt de preferat.

7. Extracția corpilor străini intrapulmonari poate fi temporizată. cunoscută fiind toleranța plămânului. Corpii streini, care dau complicații septice, hemoragii, turburări cardiace sau respiratorii trebuesc extrași. Extracția este bine să se facă sub ecran.

8. Răniții cu plăgi toracice penetrante este bine să fie clasați la serviciul auxiliar.

Raportul D-lor Prof. M. Ciuca și P. Condrea: Prevenirea și tratamentul tetanosului de răsboi

Pentru perfecționarea și fixarea definitivă a metodelor propunem ca Serv. Sanitar al armatei să utilizeze în cea mai largă măsură experiența actualului război, adunând informațiile cele mai complecte pentru fiecare caz de tetanos declarat.

Dacă a fost sau nu *sigur* vaccinat cu anatoxină tetanică; *data și numărul* inoculărilor; dacă a primit inoculări de «rappel. data când au fost făcute aceste inoculări.

Data rănirii; caracterul și întinderea plăgii tetanigene; intervențiile chirurgicale în focar și data lor în raport cu momentul rănirii.

Inoculările profilactice de ser antitetanic și anatoxină și data lor după rănire. Data apariției primelor simptome de tetanos, incubația, forma clinică.

Metodele de tratament utilizate: (1) seroterapie specifică — dozele și calea utilizată; (2) anatoxiterapie; (3) tratamentul simptomatic antispasmodic.

Dacă au fost constatate fenomene de sensibilitate sau de șoc și orice accident putând fi atribuit tratamentului specific.

Aceste informații ar putea forma un extrem de prețios material menit să cântărească și eventual să perfecționeze actualele metode de profilaxie și tratament.

Directive pentru prevenirea și combaterea tetanosului.

I. Mijlocul cel mai sigur și mai eficace pentru *prevenirea tetanosului* este vaccinarea sistematică preventivă cu *anatoxină tetanică*. Această vaccinare se practică în modul următor:

a) O primă injecție subcutanată cu 1 cc. anatoxină tetanică.

b) După *30 (trei zeci) zile interval* o a doua injecție subcutanată cu 2 cc anatoxină tetanică.

c) După alte 7 zile interval a treia injecție cu 2 cc. anatoxină tetanică. Durata imunității este *un an* după care interval se va face încă o singură injecție de 2 cc. anatoxină, pentru redeșteptarea imunității.

II. Pentru *răniții de război* recomandăm următoarele metode de prevenire:

1. Pentru cei *vaccinați absolut sigur și complet* (trei inoculări) și care prezintă o plagă simplă, se va face o *singură inoculare* de2 cc. anatoxină tetanică pentru redeșteptarea imunității.

2. La cei: *nevaccinați, incomplet vaccinați*, sau *dubioși* pecum și la toți cei ce prezintă *răni anfractuoase ou zdrobire de țesuturi* sau *corpi străini în plagă* se va aplica următorul tratament:

a) O primă injecție de 1 cc. anatoxină tetanică și concomitent în altă regiune a corpului 3000 (trei mii) unități antitoxice ser antitetanic.

b) După zece zile interval inoculare cu 3000 (trei mii) unități antitoxice.

c) După alte zece zile o inoculare cu 2 cc. anatoxină tetanică.

d) Se va continua tratamentul cu inoculări de 2 cc. anatoxină tetanică la

Propaganda medicală: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAȚIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½ – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

7—8 zile interval până la completa vindecare a plăgii.

e) La o nouă rănire eventuală se va face o singură inoculare cu 2 cc. anatoxină tetanică pentru redeşteptarea imunităţii.

III. Pentru *tetanosul declarat:* se va aplica următoarea metodă:

a) Se va face o *primă inoculare de 2 cc. anatoxină tetanică.*

b) Concomitent, şi de preferinţă în altă regiune a corpului se va inocula *ser antitetanic 300.000 (trei sute mii) unităţi antitoxice;* parte din această antitoxină poate fi inoculată intravenos după desensibilizare prealabilă.

c) Se va inocula în acelaş timp *pe cale intrarachidiană 10.000—40.000 unităţi antitoxice* (în volum de 10—20 cc.).

d) După 5 zile interval se vor inocula *2 cc. anatoxină tetanică.*

e) După alte 4 zile interval se vor inocula *4 cc. anantoxină tetanică.*

f) După alte 5 zile se vor inocula 6 cc. *anatoxină tetanică.*

g) Se vor repeta inoculările de 6 cc. anatoxină tetanică la 4—5 zile interval până la vindecarea completă a tetanosului şi a plăgii.

Se va aplica în acelaşi timp *medicaţia simptomatică:* medicamente antispasmodice şi hipertonice; injecţii subcutanate şi intravenoase cu ser hypertonic glucozat şi phosphatat. Sunt cu totul *contraindicate* injecţiile cu ser fiziologic clorurat.

Tratamentul chirurgical al plăgilor este obligator. Se vor îndepărta cu minuţiozitate corpii străini din plagă şi ţesuturile mortificate; se va face o desinfecţie riguroasă a plăgii de preferinţă cu desinfectanţi oxidaţi (apă oxigenată, hypermanganat de potasiu, desinfectante cu bază de clor etc.) Se va asigura o drenare perfectă a plăgii.

Raportul D-lui Prof. Dr. Al. Cosăcescu: Hemoragiile secundare în plăgile de războiu

Tratamentul profilactic.

Putem vorbi hotărît de un tratament profilactic al hemoragiilor secundare Chirurgia rănilor în timp de pace, făcută pe îndelete, cu o grijă pe care toţi o cunoaştem, a făcut să dispară această complicaţie din evoluţia plăgilor. In chirurgia de războiu complicaţia apare mai frequentă datorită nu numai gravităţei plăgilor rupte, anfractuoase, murdărite de proectile, ci datorită, mai ales, condiţiunilor de tratament pe care le crează un câmp de bătae: afluenţă enormă de răniţi; dificultatea de a da tuturor răniţilor timpul necesar pentru o curăţire îngrijită a plăgii; dificultatea de a supraveghea atent rana după prima îngrijire; necesitatea unor evacuări repezi.

Experienţa cazurilor pe care le-am observat confirmă vechea constatare a tuturor, pe care o reamintim, că prevenirea hemoragiei secundare este uşor de obţinut numai prin îngrijirea atentă a plăgii din primul moment, îndată după rănire: curăţirea meticuloasă, ridicarea corpilor străini eventuali din plagă; excizia largă, foarte largă, a tuturor ţesuturilor şi mai ales a ţesuturilor musculare devitalizate până la părţile sănătoase; suprimarea tuturor neregularităţilor, colţurile, ascunzişurilor plăgei; hemostaza îngrijită a vaselor mai importante, eventual rănite.

Prima îngrijire semnează evoluţia ulterioară a plăgii.

Atât timp cât am putut aplica acest tratament destul de riguros, din primul moment — în prima parte a campaniei când răniţii veneau repede dela frontul foarte apropiat — nu am avut nici o altă hemoragie secundară decât cea de care am pomenit mai sus.

Complicaţia am avut-o la bolnavi care ne-au sosit târziu în serviciu, după mai mult de 3—4 zile dela rănire, corespunzând cu a doua parte a campaniei care îndepărtase mult frontul. Deseori prima hemoragie secundară s'a produs în ziua sau în a doua zi dela internarea acestor bolnavi în serviciu. Unul din ei, făcând parte dintr'un convoiu de evacuare, a avut prima hemoragie secundară în trenul de evacuare cu destinaţia către interiorul ţării, a fost oprit la Iaşi.

La aceşti răniţi târziu după rănire, excizia ţesuturilor contuzionate, curăţirea largă a plăgii — pe care am practicat-o aproape sistematic şi în aceste condiţiuni — nu mai are aceiaşi valoare profilactivă. Nu am putut evita sistematic la cei văzuţi târziu hemoragia secundară. Ei fac fondul observaţiilor noastre.

Sutura primitivă a plăgilor necurăţite sau insuficient curăţite şi tamponamentul strâns al plăgii, după o debridare economică dela început, ni s'au părut aă dau cel mai mare număr de complicaţii.

Tratamentul curativ medical. Dela început ţinem să spunem că tratamentul curativ al acestor hemoragii secundare este deosebit de greu.

Toată medicaţiunea hemostatică nu poate fi de folos evident. Am întrebuinţat sistematic toate hemostaticele pe care le-am avut la îndemână: Clauden în injecţie şi în plagă, Calciu, Sangcstop, spălături repetate cu apă oxigenată, cu Dackin, fără efect. Această absenţă de acţiune nu poate să ne surprindă deoarece nu este vorba aici de o alteraţie a coagulabilităţii, cum am văzut.

Medicaţiunea sulfamidică — Rubiazol, Pronostil per os sau sub formă de pulbere pe plagă — administrată în intenţiunea de a modifica microbismul local, deasemenea nu ne-a dat în aceste cazuri un rezultat convingător; ea nu împiedică reproducerea hemoragiei.

Tratamentul curativ chirurgical.

Debridarea simplă urmată de curăţirea îngrijită a plăgii care sângera, asociată cu medicaţia hemostatică şi sulfamidică nu este suficientă. Numai la doi din bolnavii noştri am obţinut un rezultat definitiv — hemoragia nu s'a mai reprodus — amândoi cu hemoragii oprite spontan a căror isvor nu a tutut fi văzut chiar după curăţirea tuturor chiagurilor.

Hemostaza prin legătura vasului în plagă ne-a dat rezultate bune numai la 4 bolnavi: plagă a gambei (tibiala anterioară) plaga pumnului, plaga peretelui toracic (intercostala), un hematom anevrismal al femoralei.

Legătura în plagă a vasului nu e uşor de obţinut; deseori vasul care dă nu poate fi indentificat când hemostaza s'a făcut spontan, apoi ţesuturile din regiunea vasului care sângeră sunt foarte friabile şi nu suportă nici pensa de forcipresură nici firul de ligatură. Numai lărgind în sus plaga putem aşeza un fir de ligatură.

Hemostaza obţinută prin ligatura în plagă nu este definitivă, cele mai deseori hemoragia se reproduce.

Ligatura trunchiului arterial la distanţă, înafara plăgei, am întrebuinţat-o de 9 ori la 7 din bolnavii noştri, fie după insuccesul hemostazei din plagă, fie dela început. Am obţinut un singur rezultat bun după legătura femoralei profund pentru hemoragia musculară a coapsei; — la ceilalţi 6 bolnavi ligatura trunchiului arterial nu a împiedicat repetarea hemoragiei. In total rezultatele acestor ligaturi nu ni s'au părut stisfăcătoare, dar am întrebuinţat ligatura înainte de-a ne decide eventual la amputaţie. La 2 bolnavi după o primă ligatură a trunchiului arterial apropiat, decarece hemoragiile au continuat să se repete, am încercat într'o altă şedinţă a doua ligatură a trunchiului mai sus fără rezultate — hemoragiile s'au repetat (ligatura poplitcei şi ligatura femoralei profunde; ligatura carotidei externe şi ligatura carotidei primitive).

Amputaţia. La cei 27 bolnavi care au sângerat secundar am fost obligat să recurgem la amputaţie de 7 ori. Din aceste 7 amputaţii, 4 au fost făcute

după încercări anterioare de tratament prin legături în plagă şi la distanţă, şi 2 au fost făcute pentru hemoragii secundare grave care nu mai permiteau nici o altă încercare de ligatură.

De 6 ori am fost obligaţi să amputăm coapsa pentru răniri ale extremităţei inferioare a coapsei sau a treimei superioare a gambei, şi o dată braţul.

4 din aceste 7 amputaţii au fost făcute după 2 hemoragii repetate; una după 3 hemoragii şi gangrenă ischemică consecutivă ligaturei poplitee, una după hemoragii repetate de 6 ori cu toată ligatura poplitee, apoi a femuralei profunde fără efect; odată după o hemoragie secundară unică gravă.

Deducem din experienţa noastră că **amputaţia este o operaţie foarte traumatizantă şi gravă pentru aceşti bolnavi** profund intoxicaţi de plaga lor, chiar dacă recurgem la amputaţia plană cea mai expeditivă şi mai simplă.

Mortalitatea după amputaţie a fost mai mare de 50% 4 morţi din 7 amputaţi. S'ar putea părea la prima vedere că această mare mortalitate este datorită mai ales stărei de anemie.

Cauza morţei ni se pare datorită mai mult stărei de intoxicaţie profundă şi shockului, care preced şi întovărăşesc hemoragia.

Am putut salva prin amputaţie bolnavi care avuseseră hemoragii repetate şi am pierdut bolnavi amputaţi după una sau 2 hemoragii moderate.

Am putut să amputăm fără mortalitate bolnavi cu anemii de 1.900.000 — 2.0000 000 globule roşii, cu 35—40% hemoglobină şi am perdut bolnavi cu anemii mai puţin pronunţate de 3.300.000 hematii şi 70% hemoglobină.

Este mai mare pericol să întreprindem o operaţie mutilantă necesară, îndată după hemoragie decât să aşteptăm, chiar cu riscul unei repetări moderate a hemoragiei, ridicarea stărei generale a bolnavului printr'o medicaţie anti-shock

Căscarea plăgei. La ultimii noştri 8 bolnavi am întrebuinţat ca mijloc de tratament înpotriva hemoragiilor secundare, procedeul de căscare largă a plăgei. Technica este foarte simplă — şi am insistat asupra ei la Societatea de Medici şi Naturalişti. — In plăgile grave musculare, neregulate, anfractuoase, văzute după rănire, acolo unde excizia şi regularizarea secundară nu mai au valoarea exciziei primitive, favorizăm drenarea largă şi imediată la exterior a tuturor secreţiunilor, prin îndepărtarea mecanică permanentă a marginelor plăgei cu ajotorul, fie a unor anse de tifon, trecute prin toată grosimea marginelor plăgei şi fixate la exterior pe un cadru, fie prin lăsarea pe loc a unui depărtător autostatic, fie prin lame de oţel elastic care îndepărtează marginile plăgei. **Această căscare largă nu are valoare decât după curăţirea îngrijită a plăgei şi regularizarea tuturor anfractuozităţilor.**

Căscarea largă permanentă permite scurgerea imediată la exterior a secreţiunilor septice şi toxice, împiedică orice stagnare în profunzimile plăgei, permite aeraţie largă permanentă în toată întinderea şi profunzimea plăgei şi modifică microbismul local.

Am aplicat procedeul de căscare al plăgei la ultimi 8 bolnavi cu hemoragii secundare, fie după 2—3 sângerări pe care nici o altă procedare nu le jugulase, fie după prima hemoragie secundară, şi rezultatul a fost constant — suprimarea repetărei homoragiilor.

La una din primele noastre încercări, un depărtător Gosset lăsat pe loc timp de 3 zile suprimă total hemoragia care se repetase de două ori şi după dubla ligatură a cubitalei şi humeralei. La acest bolnav ligaturile se dovediseră inoperante şi puneam chestiunea unei eventuale amputaţii.

Ne-am permite să recomandăm această procedare şi ca tratament profilactic al hemoragiilor în toate plăgile musculare văzute târziu şi grav infectate şi ca tratament curativ al unor hemoragii secundare.

Transfuzia sanguină, am aplicat-o sistematic tuturor bolnavilor cu hemoragii secundare. Serviciul de transfuzie organizat de prof. I. Nicolau ne-a permis să utilizăm larg metoda sub toate formele ei: sânge proaspăt, sânge conservat, transfuzi rapide sau perfuzii — Transfuzia singură nu ne-a dat rezultate în hemoragiile secundare; ea ne-a fost de cel mai mare ajutor pentru modificarea stărei de anemie şi ridicarea stărei generale înainte şi după actul chirurgical.

Raportul d-lui Profesor Dr. I. Bălteanu: Măsuri practice pentru prevenirea şi combaterea epidemiilor

La noi în ţară faţă cu condiţiile actuale şi cu posibilităţile reduse de personal şi asistenţă medicală, nu se poate face nici o deosebire între armată şi populaţia civilă în ceia ce priveşte prevenirea, combaterea şi tratamentul boalelor cotagioase.

Comisiunea centrală de epidemii alcătuită de Ministerul sănătăţii chiar din primele zile ale războiului în curs, ţinând seama de experienţele trecutului şi complexul endemo-epidemic din ţările beligerante, a întocmit şi supus autorităţilor superioare de stat un program de lucru din care desprinde următoarele propuneri:

Organizarea unui *comandament anti-epidemic unic,* alcătuit din reprezentanţi calificaţi ai Ministerului Sănătăţii, Ministerul Apărărei Naţionale şi ai Marelui Stat Major, în sarcina căruia va cădea conducerea efectivă a serviciului anti-epidemic atât în zona de operaţii cât şi în zona interioară a ţării.

Acest Comandament va participa:

a) La mobilizarea şi distribuirea personalului specializat, care trebueşte făcută după un plan bine precizat pentru ca fiecare specialist să ocupe locul unde să poată da maximum de randament.

b) Va căuta, pe cât permit operaţiile de război, ca serviciile de igienă şi medicină preventivă din timp de pace să nu fie descomplectate nici în ceia ce priveşte personalul, nici în ceia ce priveşte aparatura. Specialiştii de cari armata ar avea nevoie pot fi înlocuiţi în atribuţiile lor din timp de pace, de personalul femenin destul de numeros la noi în ţară.

c) Va organiza un serviciu unic civilo-militar de centralizare şi distribuire urgentă a informaţiilor şi investigaţiile epidemiologice, atât în armată cât şi în populaţia civilă, de buna lui funcţionare depinzând depistarea şi confirmarea primelor cazuri de boli epidmice şi desfăşurarea programului defensiv pregătit din vreme.

d) Pentru prevenirea valurilor epidemice în interiorul ţării, va organiza staţiuni de triaj pe arterele mari de comunicaţie pe unde se scurg: trupe, prizonieri, echipe de lucrători, colcane de aprovizionare, grupuri de populaţie evacuată, refugiaţi, etc. prevăzute cu: instalaţii de baie, deparazitare, desinfecţie, psibilităţi de carantinare pentru suspecţi de boli epidemice, laboratoare de diagnostic şi efecte de schimb.

Organizarea de staţiuni similare se impune chiar în interiorul ţării în oraşele cu centre mari de spitalizare pentru răniţi, putând servi nu numai în scop anti-epidemic ci şi la o cât mai bună repartizare a răniţilor în spitale în raport cu indicaţiile fiecărui caz şi locurile libere în diferitele spitale.

Realizarea acestor staţiuni de triaj reclamă crearea de echipe de ingineri sanitari, cari s'au dovedit de mare folos în războiul trecut.

Sumele întrebuinţate pentru realizarea lor, vor apărea cu atât mai neînsemnate, cu cât asemenea lucruri vor putea fi utilizate ulterior, pentru a preveni repeercusiunilor dureroase ale războiului în răspândirea boalelor epidemice şi sociale.

e) Orice schimbare în personalul de specialitate cât şi în programul de lucru nu se va face decât cu avizul prealabil al acestui comandament anti-epidemic unic, care s'a arătat eficace în războiul trecut.

In stările febrile, dureroase și inflamatorii

Novalgin BAYER

Administrabil per os și parenteral

Ca analgezic sub formă de injecții, preparatul are efect și în stările dureroase grave

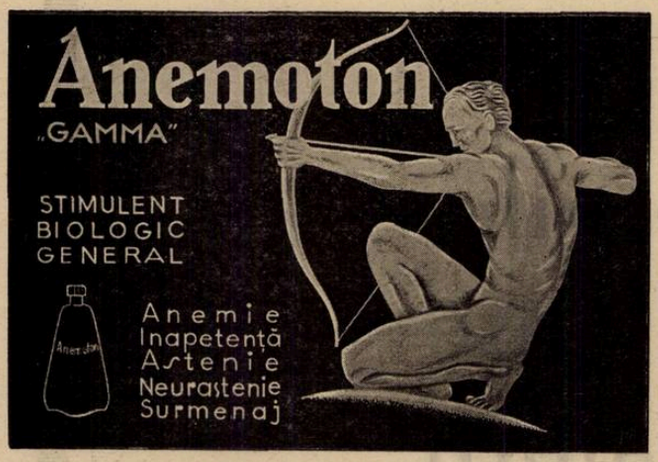
Ca antireumatic și antinevralgic în reumatismul articular și muscular, lumbago, sciatică

Ca antipiretic forma nouă a picăturilor de NOVALGIN oferă posibilitatea unei dozări individualizate

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:

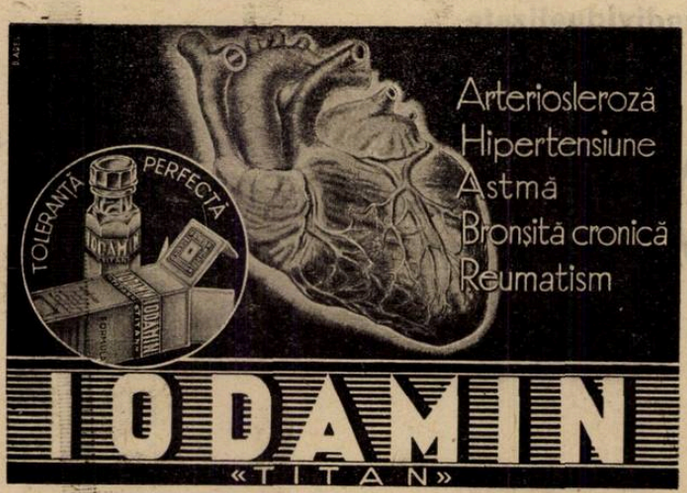
»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.86.



Hepafer

PRINCIPIUL
ANTIANEMIC
AL FICATULUI

ELIXIR
pt. ADULȚI
SIROP
pt. COPII
FIOLE
INJECTABILE



Fiole. Picături.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

Raportul d-lui Profesor Dr. I. Nicolau: Transfuzia în timp de războiu

Crearea unui serviciu de transfuzii la armate, în timp de războiu, este o datorie imperioasă a organelor sanitare conducătoare.

Din experienţa câştigată până acum, reesă, în mod evident, că metoda care utilizează sângele conservat este cea mai indicată pentru timp de războiu.

Ori care ar fi planul care s'ar adopta, organizarea va trebui făcută din vreme, iar funcţionarea serviciului studiată până în cele mai mici amănunte.

Din acest punct de vedere nu cred că aşi putea încheia mai bine acest raport, decât citând o parte din concluziile adoptate de Comisia IV-a a celui de al II-lea Congres internaţional al transfuziei:

«Ori care ar fi întinderea sa, mică sau mare; ori care ar fi mediul unde se exercită: centre mari sau oraşele mici; ori cari ar fi, circumstanţele: timp de pace sau războiu, — o organizaţie de transfuzie de sânge nu suportă nici o improvizaţie, ci din potrivă, cere în înfăptuirea sa o rigoare metodică».

Raportul d-lui Profesor Dr. Al. Moruzi: Gangrena gazoasă în cursul campaniei din 1941

Vom împărţi concluziile în două părţi: 1) sistematizarea terapeuticei gangrenei gazoase şi 2) deziderate privitoare la înzestrarea şi organizarea Serviciului Sanitar al Armatei, cu privire la gangrena gazoasă.

1. a) Orice rănit care se prezintă cu o plagă anfractuoasă a membrelor, chiar fără fractură cominutivă, trebuie să fie evacuat imediat spre primul centru chirurgical important, în care să se poată face intervenţii sistematice, adică unde nu este o aglomeraţie exagerată de răniţi.

b) In aşteptarea acestei intervenţii să se pulverizeze în plagă o sulfamidă; se vor face zilnic 50 cc. ser antigangrenos intramuscular.

c) Intervenţia va fi întotdeauna o intervenţie metodică cu excizia totală a ţesuturilor devitalizate, murdare, infectate şi extragerea sistematică a tuturor corpurilor streine din plagă, precum şi a eschilelor osoase.

d) Pe cât este posibil, acest rănit nu va fi evacuat decât după câteva zile, în care timp va primi zilnic o doză de 3—5 gr. sulfamide per os sau intravenos, după caz.

e) Dacă totuşi izbucnesc accidente de gangrenă, ele vor fi tratate din triplu punct de vedere: chirurgical, chimic şi seric. Se va face exereza massivă a porţiunilor gangrenate, eventual amputaţie. Se vor injecta, după prealabilă desensibilizare, 500 cc. ser antigangrenos intravenos. doză care se va reînoi, la nevoie chiar în aceeaşi zi, de obiceiu în zilele următoare. Se vor injecta pe cale intravenoasă, de 2—3 ori pe zi, 5 cc. de sulfamide, combinat sau nu cu tratament per os.

f) Nu va fi evacuat decât după ce a dispărut orice risc de gangrenă gazoasă.

2. a) Este necesar ca evacuarea răniţilor cu plăgi susceptibile de a se complica cu gangrenă gazoasă, să se facă spre spitalele mai depărtate de front, pentru a nu se aglomera spitalele din imediata apropiere a frontului, care trebuiesc rezervate cazurilor de I-a şi a II-a urgenţă.

b) Acest transport trebuie să se facă în mod mult mai rapid decât în precedenta campanie. Nu este admisibil ca un rănit grav să nu fie, cel mai târziu a treia zi dela rănire, internat într'un spital, unde chirurgul are timpul necesar pentru a-l opera cu metodă.

c) Serviciul Sanitar al Armatei şi Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale trebuie să se aprovizioneze cu un stoc considerabil de Septazine sau Eubasinum, sub formă de comprimate, praf şi soluţie. Trebue să dispară barierile administrative care ne-au împiedicat, când D-l General Med. Negoescu lipsea din Iaşi, să ne aprovizionăm cu sulfamide dela Armată.

d) Aceste sulfamide trebuiesc repartizate nu numai la spitalele de front, dar şi la posturile de prim ajutor şi batalionare, deoarece rănitul riscă să rămână mai multe zile cu primul pansament primit. Personalul sanitar dela aceste formaţii trebue iniţiat şi învăţat cu întrebuinţarea acestor substanţe direct în plăgi.

Prof. Dr. Dan Theodorescu: Plăgile maxilo-faciale de războiu

Numărul, gravitatea şi greutatea de tratament a răniţilor maxilo-faciali, impun organizarea din timp a mijloacelor necesare şi fixarea metodelor de lucru.

La formaţiile înaintate se dau în primul rând îngrijirile de urgenţă: pentru asfixie, hemoragie, şoc.

La spitalul de campanie se pot da îngrijiri ca răniţii să fie transportabili în condiţii mai bune: imobilizare de fracturi şi fixări de lambouri. Aci trebue să existe mijloacele necesare, precum şi medicii stomatologi.

Este absolut necesar să existe câte un medic stomatolog de fiecare divizie.

Aceşti medici specialişti au în grija lor nu numai răniţii maxilo-faciali ci şi tratamentul afecţiunilor de specialitate cari sunt cu mult mai numeroase. Ei trebue să facă pansamente calmante, să deschidă abcese şi să fac extracţiuni, păstrând astfel intacte efectivele.

In rănirile maxilo-faciale, pansamentul nu trebue să fie voluminos, ci redus la strictul necesar. Bărbiţa este foarte bună. Se improvizează uşor, menţine lambourile dând continenţă gurii şi imobilizând provizoriu fractura.

Pentru cavitatea bucală mesa iodoformată este cel mai bun pansament. Nu devine fetidă şi poate fi lăsată pe loc chiar o săptămână.

Tratamentul plăgilor maxilo-faciale trebue să fie conservator. Nu trebue să se facă excizii largi de părţi moi şi nici eschilectomii inutile. Nu se vor ridica ţesuturile mortificate şi eschilele libere.

In rănirile maxilo-faciale nu există pericolul gangrenei gazoase.

Intâi se va face imobilizarea maxilarului fracturat şi apoi sutura părţilor moi. Procedeul invers creiază dificultăţi enorme pentru aplicarea aparatului endobucal.

Imobilizarea fracturilor maxilare la formaţiile înaintate se face prin aparate metalice (oţel inoxidabil) modelate direct în gură.

Sutura părţilor moi trebue să fie parţială, pentru evitarea accidentelor septice. Ea se reduce la nevoe la câteva puncte de susţinere fiind importantă mai ales pentru plăgile interesând orificiile feţei: gura, nasul şi ochii.

La faţă sutura se poate face cu bune rezultate şi după câteva zile.

Răniţii cu blocaj bimaxilar se vor hrăni cu lichide şi terciuri subţiri. Numai în caz de incontinenţă se face alimentare cu tubul şi pâlnie şi excepţional prin sondă à demeure.

In spitalele de zonă interioară, se complectează sau se reface la nevoe, tratamentul aplicat la formaţiile dinainte.

Acestea trebuesc dotate cu mijloacele necesare de personal, aparate, instrumente şi material. In acest scop se vor utiliza clinicele şi serviciile de stomatologie existente.

In spitalele de Z. I. se fac operaţiuni de cercetare de părţi moi şi de os, etc.

Corpii străini se vor scoate numai după indicaţii precise şi repere radiografic. Proectilele mici pierdute în profunzimea ţesuturilor se vor lăsa dacă nu dau turburări şi impun operaţii mutilante.

Dr. Enescu A. Constantin și Dr. Virgil Ionescu: Transfuzia cu sânge conservat

Transfuzia directă cu sânge pur are calități bine definite, cu indicațiuni precise și rezultate sigure.

Metoda transfuziunei cu sânge modificat prezintă unele avantagii în ceea ce privește acțiunea sa asupra organelor hemato-poetice și a celorlalte mijloace de apărare ale organismului.

Din experiențele lui Naruto Moki Zucki, se constată rezultate bune obținute prin transfuzie cu sânge modificat. — sângele de cadavru, sângele heterogen, sângele uscat și în special cu sângele conservat.

După cercetările lui Stillmunkes. Gnoinsky și Sokolinschky se constată că valoarea biologică a sângelui conservat este păstrată vreme îndelungată (până la 600 ore), după Moki Zucki, până la 73 zile după Gnoinsky.

Rezultatele clinice și hematologice obținute, prin transfuziunea cu sânge conservat sunt aproape egale cu cele obținute prin transfuzia cu sânge proaspăt, deoarece sângele conservat prelevat dela subiecții vii, conține toate elementele biologice integrale. ceea ce dă caracteristica eficacității sale.

Transfuzia cu sânge conservat vreme îndelungată și chiar cu sânge hemorizat nu produce accidente post-transfuzionare, nici imediate nici îndepărtate, directe sau indirecte, demne de a fi menționate, în special dacă se ia precauțiunea de a se face perfuziunea.

Eforia Spitalelor Civile din București, a înființat pe lângă Spitalul Filantropia, un Centru de Transfuziune sub conducerea D-lui Dr. Virgil Ionescu, bazat exclusiv pe metoda sângelui conservat, acest centru a efectuat până la 20.I.1942 un total de 615 transfuzii; de asemenea a dat și s'au efectuat pentru răniții din Spitalele din București, un număr de 265 transfuzii sau perfuzii.

In Spitalul de Urgență unde necesitatea transfuziei sanghine este simțită la fiecare moment, am adoptat această metodă.

Până astăzi am efectuat 41 transfuzii ca tratament al anemiilor prin hemoragie, tratament al șocului traumatic și hemorgic precum și ca tratament preși post operator, utilizând sânge din Grup IV (36 cazuri) și grup II (5 cazuri) și conservat timp de 2 până la 8 zile.

Utilizarea sângelui conservat, găsește indicațiuni absolute în următoarele cazuri:

1) Anemii acute prin hemoragii grave;

2) Bolnavi fără familie și lipsiți de mijloace materiale;

3) Pentru a transporta sângele necesar în regiuni depărtate.

Toate serviciile de gardă sau chirurgie de urgență, trebue să dispună de sânge conservat la rece, ca unul din elementele indispensabile ale arsenalului terapeutic.

Transfuzia cu sânge conservat poate fi utilizată pe o scară întinsă în timp de războiu, când sunt necesare mari cantități de sânge și care pot fi trimise formațiunilor sanitare înaintate de către laboratoarele instalate înapoia frontului.

D-rii Th. Firică, N. Vișineanu și N. Frâncu: Plăgile Pleuro-Pulmonare

Fac o comunicare pe un număr le aproape 500 de cazuri de răni pleuro-pulmonare rezultat din reunirea Spit. Z. I. 352 și a spit. de Campanie nr. 4 C. R. Condițiunile de lucru ale spit. de campanie nu a îngăduit studierea complectă a tuturor acestor cazuri, așa încât autorii au prezentat date precise numai asupra a 19 plăgi pleuro-pulmonare cu torace deschis și asupra 65 de hemotoraxuri cu torace închis. Autorii ajung la următoarele constatări:

Dacă în general gravitatea rănilor pleuro-pulmonare este excepțional de mare (40-50 % din răniți mor chiar pe câmpul de luptă) gravitatea plăgilor pleuro-pulmonare ajunse la formațiunile sanitare din urmă (spitalele de campanie sau Z. I.) variază cu natura leziunilor anatomo-patologice:

Plagile pleuro-pulmonare cu torace deschis, au dat o mortalitate de 32% la spitalul de campanie, de 0% la spit. de Z. I. Rănirile pleuro-pulmonare cu torace închis (exceptând pol'rănirile) au avut un pronostic incomparabil mai bun: mortalitatea 2% la spitalul Z. I., pe 65 de cazuri.

Atitudine terapeutică: Plăgile pleuro-pulmonare cu torace deschis trebuiesc operate de urgență, transformându-le prin curățirea. regularizarea și închiderea plăgii, în rănirii cu torace închis, pentru a preveni astfel turburările de mecanică respiratorie și infecția cavității pleurale. Pentru această categorie de răniți transportul poate fi fatal. Ei trebuiesc a fi reținuți la spitalul de campanie. Evoluția ulterioară va indica necesitatea unei pleurotomii joase cu drenaj închis.

Când închiderea bresei toracice nu este posibilă fie din cauza împrejurărilor, se va practica chiar de la primul post de ajutor un pansament ocluziv cu drenaj Miculicz sau cu diachilon.

Tratamentul leziunilor pulmonare sau extragerea corpilor străini vor fi aplicate numai când prezența lor va justifica necesitatea absolută a intervențiunii și numai cu minimum de traumatism.

Hemotoraxurile închise vor putea fi evacuate după o observare și tratare medicală de câteva zile (repaus, sulfamide, puncții repetate) în care timp ne vom fi convins că hemotoraxul s'a stabilizat și că momentan nu prezintă nici un semn de transformare septică, ambele eventualități fiind cotraindicațiuni categorice de transport.

In afară de semnele știute autorii, atrag atenția asupra probei lui Effendiew pentru diagnosticarea unui hemotorax pe cale de transformare: Se centrifughează lichidul punctionat. Normal, raportul dintre stratul eritrocitar și stratul plasmatic este ca 1—1. Când hemotoraxul evoluează spre suprație raportul se schimbă că 1-3, 1-5, chiar 1-10 și apare în plus la suprafață un inel alb leucocitar.

Toți acești răniți cu hemotorax închis sau deschis. infectați sau nu, însă cu stare rea generală, nu pot fi transportați spre spitalele de zonă interioară decât numai după trecerea perioadei acute a cărei durată după experiența lor, autorii o evaluează la 15-30 de zile.

In a doua comunicare asupra unui caz de *Hemopericard și hemotorax bilateral consecutiv unei plagi în regiunea sterno-xiloidiannă.* D-ri Firică și Vișineanu fac considerațiuni interesante asupra patogeniei, asupra simptomatologiei și electrocardiogramei și asupra trtamentului hemopericardului. Tabloul clinic realizat a fost acela descris de denumirea de «Herztamponade».

Mortalitatea în aceste răniri este cu atât mai mare cu cât sunt atinse cele trei seroase. După Lerichen, Constantini mortalitatea merge dela 69 până la 90%.

In cazul de față s'a obținut vindecarea numai prin tratament medical, repaos. sulfamide și puncții pleurale repetate.

Cu toate că opiniunea clasică recomandă intervențiunea de urgență și sistematică în toate cazurile de hemopericard cu fenomene de hemotorax tratate medical. pe cari le aveam în acelaș timp în servic u, ne-am hotărât să adoptăm tratamentul medical însoțit de puncții pleurale repetate mai ales în hemotoracele stâng care părea a fi comunicat.

Rezultatul obținut a fost perfect. Toate probele clinice de efort cât și cardiogramele repetate au arătat rezultatul bun obținut.

AUXO — BENZOTERAPIA PULMONARA

Benzocalcium

INDICAŢIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice
Infecţiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE, 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.
Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

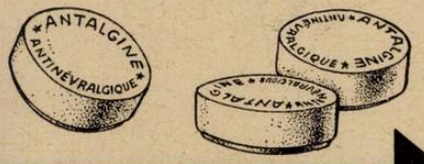
«FARMAOLT» S. A. — BUCUREŞTI Calea Griviţei No. 67, Tel. 4.98.08

Gripa

JUGULEAZĂ PUTERNIC

ANTALGINE

CAŞETE



FĂRĂ BARBITURICE FĂRĂ OPIACEE

2-4 PE ZI

CALCITERAPIA FORTE

CALCITERAPIE BUCALA IMUNIZANTA

CALCOSTERIN

Intramuscular-Intravenos-Granule-Cachete

COMPOZIŢIA:

Injecţii
- Calciugluconic 10%
- Camfor cinamilat
- Colesterină, în soluţie apoasă

Granule şi Cachete
- Hexaphosphal de Calciu şi Magneziu
- Glicerophosphat de Colin
- Citrophosphat de Mangan
- Phenyl Formiat de Cinamil Cholesterină

Medicaţia calcică paranterală forte

STIMULENT AL REACŢIUNILOR BIOLOGICE DE IMUNIZARE

Tuberculoza, toate formele şi fazele

Stări de epuizare — Astenie — Cure de îngrăşare

Preventiv contra bolilor infecţioase

Laboratorul **„ASFAR"** Gh. Stoicescu, Bucureşti, Str. Olari 11, Tel. 2.15.90 — 1.05.77

NICI TOXICITATE — NICI CAUSTICITATE

ANTISEPTICUL IDEAL
ORGANO-CLORAT

CHIRURGIA DE RĂZBOI

Plăgi
Gangrene
Infecţiuni

DAKYNOL

Clor şi oxigen în stare născândă

Comprimate de 0,25 centigr.

CHIRURGIA DE PACE

GINECOLOGIE - OBSTETRICĂ
LEUCOREE
TOALETA FEMEII
SUPURAŢIUNI
EPIDEMIOLOGIE: boale infecto-contagioase.

APA DE BĂUT.

Soluţia Carrel-Dakin

Preparată instantaneu, la toate formaţiunile, pe front, în spitale, etc.
(12—15 compr. la litru de apă)
Spălătura plăgilor, irigaţiuni, gargarisme.
(Prospectul)

„SPEPHAR" M. HOTT, str. Prof. Bogdan No. 2 bis, Bucureşti.

Dr. I. Făgărăşanu: Tratamentul artritelor supurate ale genunchiului după răniri de războiu, prin artrostomie bilaterală şi mobilizare activă imediată, fără drenaj

Artrostomia simplă sau bilaterală, urmată de mobilizarea imediată, a fost introdusă în practică în timpul războiului trecut de către belgianul Willems, cu foarte bune rezultate, în artritele supurate.

Inconvenientul acestei metode constă în faptul că mobilizarea activă şi chiar pasivă a articulaţiunei bolnave este foarte dureroasă, mai ales din cauză că plăgile de artrotomie se lipesc de pansament şi se astupă adesea cu false membrane, provocând retenţie şi noi suferinţe bolnavului care continuă să febriciteze mult timp după artrotomie.

Pentru a înlătura aceste neajunsuri, cari făceau ca metoda să fie greu de aplicat, d-rul Făgărăşanu a înlocuit simpla incizie de artrotomie, printr'o *artrostomie* bilaterală, suturând marginile secţiunei sonivialei la piele, cu câteva puncte separate, *fără nici un drenaj articular* şi fără spălături intraarticulare.

Pansamentele sunt complect suprimate şi înlocuite cu câmpuri mai sterile, cari sunt schimbate ori de câte ori este nevoe. Plăgile de artrostomie sunt acoperite cu un strat gros de grăsime uşor antiseptică (vaselină solidă boricată, sterilă, balsam de Peru.

Câmpurile sterile sunt prinse cu ace de siguranţă sterilizate şi fixate de un culot scurt, aşa încât să nu poată cădea atunci când rănitul încearcă să-şi mobilizeze articulaţia.

Mişcările, cari trebuesc să fie începute imediat după intervenţie, vor fi cât mai ample; ele vor fi făcute de bolnav însuşi şi vor fi repetate de mai multe ori pe zi. Rareori, cu acest procedeu, răniţii au avut dureri cari să necesite un antinevralgic sau o injecţiune calmantă înainte de a începe mobilizarea.

Plăgile de artrostomie se vindecă dela sine atunci când procesul supurativ articular a încetat.

Dr. Enescu C. şi Panea Ş.: Consideraţiuni asupra hemoragiilor secundare în masă din plăgile de războiu

Spontaneitatea, intensitatea şi repetarea acestor hemoragii dau un tablou clinic impresionant.

Noi am găsit pe un număr de 4854 răniţi, 9 cazuri de hemoragie secundară în masă.

In toate aceste cazuri am găsit plăgi profunde şi anfracţioase ale părţilor moi, infectate, cu mişcare febrilă accentuată sau moderată, plăgi drenate sau nedrenate, irigate sau nu cu Sol. Dakin-Currel.

Dar fie că hemoragia este produsă prin fenomenul de citoliză (Leriche şi Policard), fie că este datorit unor leziuni de endo sau periarterită, fie că este datorit contactului prelungit al unui corp străin (Bosset-Caraven) infecţiunea există întotdeauna, iar turburărilor de coagulabilitate, nu le putem acorda decât un rol secundar de agravare a hemoragiei.

Originea acestor hemoragii este în arteriole, vene sau capilare.

De multe ori sursa vasculară nu poate fi găsită.

Vom fi nevoiţi a recurge la:

1) Compresiunea directă prin tamponare.

2) Compresiunea indirectă. Acest mod de hemostază permite o exploraţiune îngrijită a plăgei.

3) Medicaţie coagulantă.

4) Transfuziune sanguină.

5) Ligaturi arteriale la distanţă şi acestea adesea ineficace.

Preventiv, printr'o curăţire chirurgicală precoce şi corectă a plăgilor, printr'o dezinfecţiune metodică, prin administrarea de sulfamide şi prin supraveghere atentă a curbei termice, deoarece în majoritatea cazurilor se observă o ridicare bruscă a temperaturei ce prevesteşte acest accident.

REVISTA CARŢILOR

Papilian Victor şi Velluda Constantin: Istoricul antropologiei în România. Anal. Acad. Rom. S. III. T. XVII. mem. I. 1941 46. pag.

Antropologia este una dintre ştiinţele tinere ale României. Până în 1920 ea a fost lipsită de conducere şi competenţă. Din acest an, odată cu noua Facultate de Medicină dela Cluj, Antropologia românească, nu numai că se înscăunează într'o aşezare durabilă, ci înregistrează încă an de an noui slujitori, integrându-se prin marea lor activitate în sfera antropologiei mondiale.

Iniţiatorul, organizatorul acestui progres impresionant este fără îndoială d-l Papilian, profesorul de Anatomie Umană, secundat de colaboratorii săi preţioşi, între care cel mai valoros este d-l conferenţiar C. Velluda.

D-l Papilian publică în 1920 studii craniometrice asupra Românilor Ardeleni, punct de plecare a numeroase şi statornice explorări antropologice etnice. Tot la Cluj, ia fiinţă Societatea Română de Antropologie, condusă dela început de ctitorul ei, d-l Papilian. Societatea îşi are Buletinul ei propriu.

O serie întreagă de cercetători în acest domeniu, au desvoltat o muncă rodnică pe tărâmul cunoaşterii specificului nostru etnic. Numărul lor creşte mereu, iar o privire retrospectivă în evoluţia acestei discipline, deşi tinere, dar atât de importantă la noi, se simţea cerută. Este tocmai ce au făcut *Papilian şi Velluda* în *«Istoricul antropologiei în România»*.

Aceştia împart evoluţia antropologiei în România în trei perioade: *perioada primă* (1830—1872) cuprinde lucrările lui *Pavel-Vasici-Ungureanu, Czihak, Episcupescu, Bassero*, lucrări cu interes mai mult didactic, unde noţiunile de Antropologie se confundau cu cele de ştiinţe atnurale, cosmologie şi imbibate în mare parte de misticism.

Perioada doua cuprinde începutul lucrărilor originale în sensul ideilor de antropologie propriu zisă. începute de *I. Koperniski, Hovelaque, Obedenariu* ţinând dela 1872 până după războiu (1918). De această perioadă se leagă numele lui *Zaharia Petrescu, Weisbach. Obreja, M. Minovici, V. Gomoiu, O. S. Lecca, Borcescu*, dar mai ales a antropologului filo-român dela Geneva, *E. Pittard*. Lucrările acestei perioade mai ales sunt de antropometrie.

Perioada treia începe după războiu «Noua aşezare a poporului român a impus oamenilor de ştiinţă datoria să se ocupe în mod sistematic de imensul material antropologic aflat în ţara noastră». Numărul autorităţilor în fruntea cărora stă profesorul Rainer, şi numărul lucrărilor în această perioadă este foarte mare, directivele de studii multiple, ele abordând antropologia pe toate tărâmurile ei de manifestare.

Din examenul general al lucrărilor apărute în această perioadă, putem vedea că cercetările au fost îndreptate în patru direcţiuni: *Antropologia morfologică, Rasele, Tipurile constituţionale, Grupele sanghine;* în afară de prima direcţie celelalte trei sunt abordate la noi în ţară pentru prima oară acum.

Acestei perioade îi corespunde deasemeni înfiinţarea: *Societăţii Române de Antropologie*, (1933), *Secţiei de Antropologie, Demografie şi Eugenie* (1935), iniţiată de Institutul Social Român ca şi *«Institutul de Antropologie al României»* datorit profesorului Rainer, cu valorosul muzeu anexat lui.

Lucrarea autorilor cuprinde şi o expunere a evoluţiei introducerii studiului atropologiei în România, ca şi o bibliografie completă a tuturor lucrărilor apărute dela 1830—1940 (1 Septembrie) în acest domeniu.

Prof. M. KERNBACH.

NOUA LEGE A CADRELOR MEDICALE

Decret-Lege pentru unificarea normelor de recrutare, numire şi funcţionare a personalului tehnic: medici, farmacişti, chimişti, externi şi interni în medicină şi farmacie ai instituţiunilor publice şi instituţiunilor de utilitate publică şi particulare ce primesc subvenţiuni dela Stat, Judeţ şi Comună

CAPITOLUL I

Recrutarea

1. *Dispoziţiuni generale*

Art. 1. — Personalul tehnic: medici, farmacişti, chimişti, externi şi interni în medicină şi farmacie ai tuturor instituţiunilor publice civile, ai instituţiunilor de utilitate publică şi ai instituţiunilor particulare ce primesc subvenţiuni sub orice formă dela Stat, judeţ şi comună, se recrutează, se numeşte şi se pensionează de către Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu prevederile prezentului decret-lege.

Profesorii de clinică la catedrele având servicii la spitale vor fi numiţi medici primari la serviciile respective în baza numirii lor la catedrele corespunzătoare. Limita de vârstă va fi aceea fixată pentru învăţământ.

Art. 2. — Dispoziţiunile prezentului decret-lege se aplică următorului personal:

— Externii de spitale.
— Internii de spitale.
— Medicii secundari de spitale şi medicii asistenţi de laboratorii de igienă şi de analize.
— Medicii de spitale mixte şi de consultaţii de medicină generală.
— Medicii primari de specialitate.
— Medicii şefi de laboratorii de igienă şi de analize.
— Medicii de circ. rurală şi urbană.
— Medicii şcolari.
— Medicii igienişti de plasă sau de centre de sănătate.
— Medicii şefi de judeţe şi de municipii.
— Inspectorii generali sanitari.
— Chimiştii.
— Chimiştii şefi.
— Internii în farmacie.
— Farmaciştii.
— Farmaciştii şefi.
— Inspectorii generali farmaceutici.
— Medicii asistenţi la institutele de ştiinţă aplicată.
— Medicii şefi de laborator la institutele de ştiinţă aplicată.
— Medicii şefi de secţie la institutele de ştiinţă aplicată.
— Chimiştii şefi şi farmaciştii şefi la institutele de ştiinţă aplicată.
— Medicii din administraţia centrală a ministerului.

Art. 3. — Personalul mai sus notat va fi recrutat pe baza concursurilor şi a examenelor de clasificare. Concursurile şi examenele de clasificare pentru fiecare categorie arătată vor avea loc odată pe an şi ori de câte ori nevoia va cere.

Art 4. — Data ce se va fixa pentru examenul de clasificare şi concursuri se va aduce la cunoştinţa generală cu cel puţin 30 zile libere înainte de ţinerea lor, prin publicarea în Monitorul Oficial şi ziare.

Aceeaşi publicaţie va prevede şi condiţiunile pe care candidaţii trebue să le întrunească pentru a fi admişi la înscriere, precum şi probele la care vor fi supuşi.

Art. 5. — Candidaţii, pentru a fi admişi la concursuri sau la examenele de clasificare, trebue să îndeplinească următoarele condiţiuni generale:

a) Să fie de cetăţenie română şi de origină ariană;

b) Să nu fi fost exclus din Corpul funcţionarilor Ministerului sau a altor instituţiuni sau autorităţi, ori suspendat temporar în momentul înscrierii;

c) Să nu fi fost condamnat prin hotărâre judecătorească definitivă pentru vreuna din faptele prevăzute de art. 139 din Codul funcţionarilor publici „RegeleMihai I";

d) Bărbaţii să fi satisfăcut legea recrutării cu excepţia externilor şi internilor de spitale şi a internilor în farmacie;

e) Să aibă dreptul de liberă practică în ţară a medicinei sau farmaciei, sau să fie inginer sau licenţiat în chimie, după examenul sau concursul la care candidează; vor face excepţie dela această condiţiune externii şi internii de spitale şi internii în farmacie.

Art. 6. — Candidaţii ce urmează a trece o probă de activitate, de titluri şi de lucrări, vor depune cu cel puţin 5 zile libere înainte de începerea concursului sau examenului de clasificare, un memoriu însoţit de actele doveditoare a activităţii profesionale şi ştiinţifice.

Art. 7. — Membrii juriilor examinatoare se numesc de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale prin decizie ministerială, în conformitate cu dispoziţiunile prezentului decret lege.

Juriile concursurilor şi examenelor de clasificare vor fi prezidate de cel mai în vârstă dintre membii profesori universitari, sau dacă aceştia nu fac parte din juriu de cel mai în vârstă dintre membri.

Fiecare dintre membrii juriilor examinatoare va fi dublat de un supleant.

Examenele şi concursurile nu se pot ţine decât cu juriile complete.

Oficiul de secretar va fi îndeplinit de un funcţionar delegat de Minister, sau de către inspectoratul general sanitar respectiv.

Art. 8. — Probele examenelor de clasificare şi concursurilor se apreciază cu nota dela 0—20.

Fiecărui candidat, la fiecare probă i se dă de întreaga comisie o singură notă rezultată din media notelor date de fiecare membru al juriului.

Art. 9. — După terminarea probelor juriul alcătueşte un tablou de clasificarea candidaţilor reuşiţi.

Între candidaţi notaţi egal clasificarea se face ţinând seamă de nota primei probe, iar dacă şi la această probă candidaţii vor avea aceeaşi notă se va ţine seamă de nota dela a doua probă; dacă şi acestea vor fi egale, se va lua în consideraţie vechimea, iar dacă nu li se cere vechimea, se vor trage la sorţi.

2. Dispoziţiuni speciale

A. *Concursul de externat în medicină*

Art. 10. — Candidaţii pentru a fi admişi la concursul de externat în medicină trebue să fi promovat anul al II-lea al Facultăţii de medicină.

Art. 11. — Juriul concursului de externat se compune din trei membri şi anume: un profesor universitar sau medic primar de spital şi doi membri desemnaţi dintre medicii secundari prin concurs.

Art. 12. — Concursurile se vor ţine la Bucureşti, Iaşi şi Sibiu.

Art. 13 — Probele concursului sunt orale şi în număr de două:

1. O probă de anatomie (osteologie, artrologie, miologie şi angeiologie).

2. O probă de mică chirurgie.

Chestiunile pentru aceste probe vor fi indicate într'o programă analitică ce se va fixa prin regulament.

B. *Concursul de internat în medicină*

Art. 14. — Candidaţii, pentru a fi admişi la concursul de internat în medicină, trebue să fie în curs de executare al celui de al II-lea sau al III- lea an de externat.

Art. 15. — Juriul concursului de internat se compune din trei membri şi

In Insomnie, Nervositate, Nevralgii

CEREBROSAN

Sirop

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

„Sapic"-TONICUM

Sirop

Arsen — Cupru
Fier — Strichnină
Mangan — Glicerofosfaţi

Reconstituant **Tonic** **Stomahic**

In: Anemii, Cloroză, Astenie, Surmenaj, Convalescenţă

Antireumatic specific

SALIVAN „Sapic"

BALSAM:
pentru tratamentul local

Salicilat de Metil
Acid salicilic
Camforă

FIOLE:
pentru uzul intravenos

Salicilat de Sodiu
Cafeină
Glucoză

In Reumatisme, Mialgii, Nevralgii, Gută

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
«SAPIC»
Bucureşti VI, Str. Cazărmei No. 89.

Pyridium

Antiseptic urinar

cu acțiune analgetică,
rapidă Scurtează timpul boalei

Cistite, Pielite, Prostatite

Forme de prezentare: **Tuburi cu 12 dragele** **Flacoane cu 25 dragele**

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România **Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.**

anume: un profesor universitar sau medic primar de spital şi doi medici primari de spital, sau şefi de lucrări la Facultatea de medicină.

Art 16. — Concursurile se vor ţine la Bucureşti, Iaşi şi Sibiu.

Art 17. — Probele concursului de internat în medicină sunt:

1. O probă orală de anatomie (organologie macroscopică) şi fiziologie.

2. — O probă orală de patologie internă.

3. O probă orală de patologie externă.

Chestiunile pentru aceste probe vor fi indicate într'o programă analitică fixată prin regulament.

C. *Concursul de medici secundari de spitale şi de medici asistenţi la laboratoriile de igienă şi annalize*

Art. 18. — Concursul de medici secundari de spitale şi de medici asistenţi la laboratoriile de igienă şi de analize se ţin separat pentru fiecare specialitate şi anume:

a) Grupul specialităţilor medicale:
— Medicină internă şi boli contagioase.
— Pediatrie şi puericultură.
— Dermatologie, sifilis şi boli venerice.
— Psihiatrie.
— Neurologie.
— Tuberculoză.

b) Grupul specialităţilor chirurgicale:
— Chirurgie generală.
— Obstetrică şi ginecologie.
— Chirurgie infantilă şi ortopedie.
— Neuro-chirurgie.
— Stomatologie.
— Oftalmologie.
— Urologie.
— Oto-rino-laringologie.

c) Grupul laboratoarelor de:
— Igienă şi analize biologice.
— Radiologie.

Art. 19. — Juriul examinator se compune din trei membri şi anume: un membru al corpului didactic universitar din specialitatea respectivă pentru care se ţine concursul şi doi medici primari de spital de aceeaşi specialitate sau de o specialitate înrudită.

Art. 20. — Concursurile se vor ţine la Bucureşti pentru locurile din Muntenia, Oltenia şi Dobrogea, la Iaşi pentru locurile din Moldova, Basarabia şi Bucovina, la Sibiu pentru locurile din Ardeal şi Banat.

Art. 21. — Fiecare din aceste concursuri va consta dintr'o probă de activitate şi câte două probe clinice.

a) Probele pentru medicina internă şi specialităţile înrudite:

1. O probă de activitate medicală, de titluri şi de lucrări.

2. O probă de clinică de specialitatea respectivă la care s'a înscris candidatul.

3. O probă de clinică medicală.

La concursurile de medicină internă şi la cel de puericultură şi pediatrie a doua probă va fi de boli contagioase.

b) Probele pentru chirurgie şi specialităţile înrudite;

1. O probă de activitate medicală, de titluri şi de lucrări.

2. O probă de clinică chirurgicală pentru chirurgie generală sau din specialitatea respectivă pentru concursul de specialităţi chirurgicale.

3. O probă de tehnică operatorie din specialitatea respectivă după o programă analitică fixată prin regulament.

c) Probele pentru specialitatea de laborator de igienă şi analize.

1. O probă de activitate medicală de titluri şi de lucrări.

2. O probă orală de epidemiologie, după o programă analitică fixată prin regulament.

3. O probă tehnică de laborator (bacteriologie sau anatomie patologică sau chimie biologică), după o programă analitică fixată prin regulament.

d) Probele pentru specialitatea radiologie :

1. O probă de activitate medicală, de titluri şi de lucrări.

2. O probă de radiodiagnostic clinic comportând interpretarea unui film radiografic după o programă analitică fixată prin regulament.

3. O probă practică de tehnică radiologică, după o programă analitică fixată prin regulament.

D. *Concursul de medici de spitale mixte, de medici de dispensare şi consultaţii de medicină generală*

Art. 22. — Candidaţii la acest concurs, trebue să aibă un stagiu de câte 3 luni în servicii spitaliceşti de obstetrică, boale contagioase şi pediatrie.

Art. 23. — Juriul examinator pentru concursurile de medici de spitale mixte, de medici de dispensare şi consultaţii de medicină generală se compune din trei membri şi anume: un profesor universitar şi doi medici primari, unul pentru medicină internă şi celălalt de obstetrică sau de chirurgie.

Art. 24. — Concursurile se vor ţine: la Bucureşti, pentru locurile din Muntenia, Oltenia şi Dobrogea, la Iaşi, pentru locurile din Moldova, Basarabia şi Bucovina şi la Sibiu, pentru locurile din Ardeal şi Banat.

Art. 25. — Probele concursului sunt:

1. O probă de activitate medicală, de titluri şi de lucrări.

2. O probă orală de igienă şi de boli infecţioase, cu noţiunile aferente de organizaţie şi administraţie sanitară.

3. O probă de clinică obstetricală.

4. O probă clinică de boli interne.

E. *Examenul de clasificare pentru medicii primari de specialitate*

Art. 26. — Examenul de clasificare pentru medicii primari de specialitate se va ţine pentru următoarele specialităţi :

a) Grupul specialităţilor medicale :
— Medicină internă.
— Pediatrie şi puericultură.
— Dermatologie, sifilis şi boli venerice.
— Boli contagioase.
— Psihiatrie.
— Neurologie.
— Tuberculoză.

b) Grupul specialităţilor chirurgicale :
— Chirurgie generală.
— Obstetrică şi ginecologie.
— Chirurgie infantilă şi ortopedie.
— Stomatologie.
— Neuro-chirurgie.
— Oftalmologie.
— Urologie.
— Oto-rino-laringologie.

c) Radiologie.

Art. 27. — Candidaţii la examenul de clasificare pentru medicii primari de specialitate trebue să aibă un stagiu spitalicesc de cel puţin 3 ani în specialitatea respectivă ca doctor în medicină, timp în care să fi ocupat o funcţiune publică (medici secundari, preparatori sau asistenţi universitari, etc.) în ţară sau într'o instituţiune publică din străinătate, recunoscută de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Art. 28. — Juriul examinator se compune din trei membri şi anume: un profesor universitar şi doi medici primari, toţi din specialităţile pentru care se ţine examenul, sau în lipsă din specialităţile înrudite.

Art. 29. — Examenele de clasificare sunt publice şi se vor ţine la Bucureşti pentru toate posturile din ţară.

Art. 30. — Probele examenului de clasificare pentru medicii primari de specialitate sunt :

1. O probă de activitate în specialitate, de titluri şi de lucrări.

2. Două probe clinice şi anume :

a) Pentru următoarele specialităţi vor fi două probe clinice din specialitatea pentru care se concurează :
— Boli interne.
— Boli contagioase.
— Neurologie.
— Psihiatrie.
— Chirurgie.
— Chirurgie infantilă şi ortopedie.
— Oftalmologie.
— Oto-rino-laringologie.
— Urologie.
— Neuro-chirurgie.
— Stomatologie.

b) La examenul de medici primari de

pediatrie şi puericultură, prima probă va fi din această specialitate, iar a doua probă va fi de boale contagioase;

c) La examenul de medici primari de specialitate de dermato-sifiligrafie va fi o probă de dermatologie şi una de sifiligrafie;

d) La examenul de medici primari pentru specialitatea de tuberculoză, va fi o probă clinică din această specialitate, iar a doua probă va fi de medicină internă;

e) La examenul de clasificare pentru medicii de obstetrică şi ginecologie, va fi o probă clinică de obstetrică şi o probă clinică de ginecologie.

3. O probă de tehnică operatorie din specialitate, pentru chirurgie şi specialităţile chirurgicale;

— Chirurgie.
— Obstetrică şi ginecologie.
— Chirurgie infantilă şi ortopedie.
— Oftalmologie.
— Oto-rino-laringologie.
— Urologie.
— Neuro-chirurgie.
— Stomatologie.

4. O probă orală de medicină socială în legătură cu specialitatea la care se dă examenul pentru următoarele specialităţi medicale:

— Dermatologie, sifiligrafie şi boli venerice.
— Pediatrie şi puericultură.
— Psihiatrie.
— Neurologie.
— Tuberculoză.

5. O probă orală de epidemiologie pentru specialitatea de boli contagioase.

6. O probă clinică de boli contagioase pentru specialitatea de medicină internă.

Art. 31. — Pentru examenul de clasificare pentru medicii primari în specialitatea radiologiei sunt următoarele probe:

1. O probă de activitate medicală în specialitate, de titluri şi de lucrări.

2. O probă clinică de radiodiagnostic şi electroterapie (interpretări de filme sau examen de bolnavi la ecran, prescripţii de tratamente radiologice şi electroterapice).

3. O probă orală de radiofizică şi radiologie.

4. O probă practică de tehnică electroradiologică cu materialul utilizat în radiologie şi electrologie; montări, demontări şi depanări de aparate.

F. *Examenul de clasificare pentru medicii şefi de laboratorii de igienă şi analize*

Art. 32. — Candidaţii la examenul de clasificare pentru medicii şefi de laborator de analize trebue să îndeplinească următoarele condiţiuni:

a) Să aibă un stagiu de trei ani ca medic de laborator, ocupând o funcţiune publică (preparator, asistent, secundar, etc.);

b) Să fie diplomat al cursurilor de specializare în igienă.

Art. 33. — Juriul examinator se compune din trei membri, şi anume: un profesor universitar igienist, un profesor universitar de microbiologie şi un medic şef de laborator.

Art. 34. — Examenul de clasificare se ţine la Bucureşti pentru toate posturile din ţară.

Art. 35. — Probele examenului pentru medicii şefi de laboratorii de igienă şi de analize sunt:

1. O probă de activitate profesională în specialitate, de titluri şi de lucrări.

2. O probă practică de microbiologie şi serologie.

3. O probă orală de igienă alimentară sau de chimie biologică, sau de anatomie patologică.

4. O probă orală de epidemiologie şi depistarea boalelor sociale.

G. *Examenul de clasificare pentru medicii comunali, de circumscripţie sanitară rurală sau urbană*

Art. 36. — Candidaţii la examenul de clasificare pentru medicii comunali, de circumscripţie sanitară rurală sau urbană trebue să aibă un stagiu de câte trei luni în servicii spitaliceşti de boli contagioase, de obstetrică şi pediatrie sau puericultură.

Art. 37. — Juriul examinator se va compune din trei membri şi anume: *a)* un igienist, inspector general sanitar, medic şef de judeţ sau municipiu; *b)* un medic primar de pediatrie şi puericultură şi *c)* un medic primar de obstetrică.

Art. 38. — Examenul se ţine la Bucureşti pentru locurile din Muntenia, Oltenia şi Dobrogea, la Sibiu pentru locurile din Ardeal şi Banat şi la Iaşi pentru posturile din Bucovina, Moldova şi Basarabia.

Art. 39. — Probele examenului de clasificare pentru medici comunali, de circumscripţie sanitară rurală sau urbană sunt:

1. O probă orală de igienă sau boli infecţioase cu noţiunile aferente de organizaţie şi administraţie sanitară.

2. O probă orală de puericultură.

3. O probă clinică de obstetrică.

H. *Examenul de clasificare pentru medicii şcolari*

Art. 40. — Candidaţii la examenul de clasificare pentru medici şcolari trebue să fi absolvit cursurile de specializare în igienă sau igienă şcolară.

Art. 41. — Juriul examinator se compune din trei membri şi anume: un profesor universitar, un medic primar pediatru şi un medic primar de spital de boli contagioase sau interne.

Art. 42. — Examenul se ţine la Bucureşti pentru toate posturile din ţară.

Art. 43. — Probele examenului pentru medicii şcolari sunt:

1. O probă de activitate, de titluri şi de lucrări.

2. O probă orală de igienă şcolară.

3. O probă orală de boli contagioase.

I. *Concursul pentru medicii igienişti de plasă sau de centre de sănătate*

Art. 44. — Candidaţii la concursul de medici igienişti de plasă sau de centre de sănătate trebue să îndeplinească următoarele condiţiuni:

a) Cel puţin doi ani de activitate ca medic de circumscripţie sanitară rurală sau urbană sau ca medic comunal;

b) Diploma de specializare în igienă şi sănătate publică.

Art. 45. — Juriul examinator pentru concurs se compune din trei membri şi anume: un profesor universitar igienist, un inspector general sanitar şi un medic şef de judeţ sau de municipiu igienist.

Art. 46. — Concursul se ţine la unul din centrele universitare desemnate de Minister, pentru toate posturile din ţară.

Art. 47. — Probele concursului pentru medici igienişti de plasă sau de centre de sănătate sunt:

1. O probă de activitate, de titluri şi de lucrări, cu verificarea pe teren a realizărilor înfăptuite în circumscripţia unde a funcţionat, prin unul din membrii comisiuni sau printr'un medic şef de judeţ.

2. O probă orală asupra unei probleme de igienă rurală sau urbană.

3. O pobă orală de medicină preventivă sau medicină socială.

J. *Concursul pentru medicii şefi de judeţe şi de municipii*

Art. 48. — Candidaţii la concursul de medici şefi de judeţe şi medici şefi de municipii trebue să îndeplinească următoarele condiţiuni:

a) Să aibă cel puţin 5 ani vechime ca medic de circumscripţie sanitară rurală sau urbană, cu titlu definitiv, sau 3 ani vechime ca medic igienist de plasă sau şef de laborator de igienă

b) Să posede diploma de specializare în igienă şi sănătate publică.

Art. 49. — Juriul examinator pentru concurs se compune din 3 membri şi anume: un profesor universitar igienist, un inspector general sanitar, un medic şef de judeţ sau medic şef de municipiu, igienist.

Art. 50 — Concursul se ţine la Bucureşti pentru toate posturile din ţară.

Art. 51. — Probele concursului de

medici şefi de judeţe şi medici şefi de municipii sunt:

1. O probă de activitate, de titluri şi de lucrări, cu verificarea pe teren a înfăptuirilor realizate în circumscripţia unde a funcţionat, prin unul din membrii juriului sau printr'un inspector general sanitar delegat de juriu.

2. O probă orală asupra unei probleme de administraţie sau tehnică sanitară.

3. O probă orală asupra unei probleme de sănătate publică.

K. *Concursul pentru inspectorii generali sanitari şi medic şef al Capitalei*

Art. 52. — Candidaţii la concursul de inspector generali sanitari şi medic şef al Capitalei, trebue să îndeplinească următoarele condiţiuni:

a) Să aibă cel puţin 5 ani vechime ca medic primar de judeţ, medic şef de municipiu, sau şef de secţie la un institut de igienă şi sănătate publică;

b) Să nu fi suferit în funcţiunile ocupate anterior nicio pedeapsă disciplinară.

Art. 53. — Juriul examinator pentru concurs se compune din 3 membrii şi anume: doi profesori universitari igienişti şi un inspector general sanitar.

Art. 54. — Concursul se ţine la Bucureşti, pentru toate posturile din ţară.

Art. 55. — Probele concursului pentru inspectorii generali sanitari şi medic şef al Capitalei sunt:

1. O probă de activitate, de titluri şi de lucrări, cu verificarea pe teren a înfăptuirilor realizate în serviciul ce a ocupat, printr'un membru din juriu.

2. O probă orală de organizaţie şi administraţie sanitară.

3. O probă orală asupra unei probleme de sănătate publică.

L. *Concursul de interni în farmacie*

Art. 56. — Candidaţii la concursul de interni în farmacie trebue să fie absolvenţi a trei ani de studii ai Facultăţii de Farmacie.

Art. 57. — Juriul concursului de internat în farmacie se compune din trei membri şi anume: un profesor universitar dela Facultatea de Medicină sau Farmacie şi doi farmacişti-şefi de spital sau şefi de lucrări la Facultatea de Medicină sau Farmacie.

Art. 58. — Concursul se ţine la Bucureşti.

Art. 59. — Probele concursului pentru interni în farmacie sunt:

1. O probă orală tratând o chestiune de farmacognozie cu descrierea unei substanţe vegetale.

2. O probă orală de chimie farmaceutică minerală cu descrierea unei substanţe chimice medicamentoase de natură minerală.

Chestiunile pentru aceste probe vor fi indicate într'o programă analitică fixată prin regulament.

M. *Concursul de farmacişti*

Art. 60. — Juiul examinator se compune din 3 membri, şi anume: doi profesori, agregaţi sau conferenţiari dela Facultatea de Medicină sau Farmacie şi un farmacist şef de spital.

Art. 61. — Concursul se ţine la Bucureşti pentru toate posturile din ţară.

Art. 62. — Probele concursului pentru farmacişti sunt:

1. O probă de activitate profesională, de titluri şi de lucrări.

2. O probă practică ce va consta în executarea unei ordonanţe medicale care va fi urmată de o expunere asupra lucrării efectuate.

3. O probă orală constând în recunoaşterea unui drog.

N. *Examenul de clasificare pentru farmacişti şefi de spitale*

Art. 63. — Candidaţii la examenul de clasificare pentru farmacişti şefi de spitale trebue să aibă doi ani de practică efectivă dela data obţinerii diplomei de farmacist.

Art. 64. — Juriul examinator se compune din 3 membri şi anume: doi profesori, agregaţi sau conferenţiari dela Facultăţile de Medicină sau Farmacie şi un farmacist şef de spital.

Art. 65. — Examenul se ţine la Bucureşti pentru toate posturile din ţară.

Art. 66. — Probele examenului de farmacişti şefi din spitale sunt:

1. O probă de activitate profesională, de titluri şi de lucrări.

2. O probă practică ce va consta în executarea unei ordonanţe medicale care va fi urmată de o expunere asupra lucrării efectuate.

3. O probă orală constând în recunoasterea unui drog.

4. O probă practică de chimie biologică.

O. *Concursul de inspectori generali farmaceutici*

Art. 67. — Candidaţii la concursul de inspectori generali farmaceutici trebue să îndeplinească următoarele condiţiuni:

a) Să aibă cel puţin 5 ani vechime ca farmacişti şefi într'o instituţiune publică;

b) Să nu fi suferit nicio pedeapsă disciplinară în funcţiunile ocupate anterior.

Art. 68. — Juriul examinator se compune din trei membri profesori, agregaţi sau conferenţiari universitari dela Facultăţile de Farmacie sau Medicină.

Art. 69. — Concursul se ţine la Bucureşti pentru toate posturile din ţară.

Art. 70. — Probele concursului sunt:

1. O probă de activitate în specialitate de titluri şi de lucrări cu verificarea pe teren a înfăptuirilor realizate în serviciul său anterior, prin doi membri ai juriului.

2. O probă orală asupra controlului farmaciilor, comerţului şi industriilor de medicamente.

3. O probă orală asupra unei probleme de sănătate publică cu privire la exerciţul farmaciei.

P. *Concursul de chimişti*

Art. 71. — Juriul examinator, se compune din trei membri şi anume: un profesor universitar de specialitate şi doi chimişti şefi cu cel puţin 5 ani vechime în funcţiunea de chimişti şefi.

Art. 72. — Concursul se va ţine la Bucureşti pentru toate posturile din ţară.

Art. 73. — Probele concursului de chimişti sunt:

1. O probă de activitate, de titluri şi de lucrări.

2. O probă de chimie alimentară.

3. O probă practică de chimie biologică.

Q. *Concursul de chimişti şefi de laborator*

Art. 74. — Candidaţii la concursul de chimişti şefi trebue să aibă un stagiu de trei ani într'un laborator de chimie al unei instituţii publice.

Art. 75. — Juriul examinator se compune dintr'un profesor universitar de specialitate şi doi chimişti şefi cu o vechime de cel puţin 5 ani în funcţiunea de chimişti şefi.

Art. 76. — Concursul se ţine la Bucureşti pentru toate posturile din ţară.

Art. 77. — Probele concursului de chimişti şefi de laborator sunt:

1. O probă de activitate, de titluri şi de lucrări.

2. O probă de chimie alimentară.

3. O probă pentru recunoaşterea unei falsificări sau alterări oprite de regulamentul pentru controlul alimentelor, băuturilor şi obiectelor uzuale.

4. O probă practică de chimie biologică.

R. *Concursul pentru medicii asistenți dela institutiile de știință aplicată.*

Art. 78. — Candidații la concursul de medici asistenți la institutele de știință aplicată trebue să aibă o vechime de 2 ani ca medici preparatori sau ca medici funcționari publici.

Art. 79. — Juriul examinator pentru concurs se compune din trei membri și anume: un profesor universitar igienist, un șef de secție dela institutul respectiv și un medic șef de laborator cu titlu definitiv.

Art. 80. — Concursul se ține la Institutul care va avea locuri vacante.

Art. 81. — Probele concursului pentru medicii asistenți dela institutele de știință aplicată, sunt:

1. O probă de activitate, de titluri și de lucrări.
2. O probă orală de laborator.
3. O probă practică de laborator.

S. *Concursul pentru medicii șefi de laborator dela institutele de știință aplicată*

Art. 82. — Pentru recrutarea medicilor șefi de laborator dela institutele de știință aplicată, se vor urma aceleași norme ca și pentru concursul de medici șefi de laboratoare de igienă.

T. *Concursul pentru medicii șefi de secție dela institutele de știință aplicată*

Art. 83. — Candidații la concursul de medici șefi de secție dela Institutele de știință aplicată trebue să aibă o vechime de 5 ani ca asistent, medic șef de laborator, inspector general sanitar, sau medic șef de județ sau de municipiu.

Art. 84. — Juriul examinator se compune din trei membri și anume: doi profesori universitari igieniști și un șef de secție în specialitatea respectivă sau o specialitate înrudită.

Art. 85. — Concursul se ține la institutul care va avea locuri vacante.

Art. 86. — Probele concursului pentru medicii șefi de secție dela institutele de știință aplicată sunt:

1. O probă de titluri, lucrări și activitate.
2. O probă orală din domeniul specialității.
3. O probă practică pe teren sau anchetă pe teren din domeniul specialității.

U. *Concursul pentru personalul Institutului chimico-farmaceutic și depozite*

Art. 87. — Condițiile de recrutare pentru chimiști și farmaciști vor fi aceleași ca și pentru chimiștii și farmaciștii dela institutiile publice, prevăzute în legea de față.

V. *Concursul pentru personalul medical din administrația centrală și exterioară a ministerului*

Art. 88. — Medicii din administrația centrală și exterioară a ministerului se recrutează prin concurs după următoarele norme:

1. Pentru gradul de șef de serviciu medicii vor trebui să treacă concursul pentru medicul igienist de plasă.
2. Pentru gradul de subdirector medic vor trebui să treacă concursul pentru medicul primar de județ.
3. Pentru gradul de director de minister medic vor trebui să treacă concursul de inspectori generali sanitari.

CAPITOLUL II

Norme generale de numire, funcționare și pensionare a personalului tehnic: medici, farmaciști și chimiști

Art. 89. — Când se ivesc locuri vacante, cu excepția acelora pentru care numirile se fac pe timp limitat, Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale le va publica în Monitorul Oficial, invitând pe cei îndreptățiți să depună cereri de transferare, în termen de 20 zile libere dela publicare. Asupra acestor cereri, Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale se va pronunța în următoarele 10 zile libere.

Sunt îndreptățiți a solicita transferarea toți acei care ocupă posturi identice sau pe bază de concursuri identice, cu titlu definitiv, fie în instituțiunile Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, sau altor departamente, ori instituțiuni de utilitate publică sau în instituțiuni particulare ce primesc subvenții, sub orice formă, dela Stat, județ și comună și care au fost numiți acolo în virtutea prevederilor legale și încadrați în gradul respectiv de către Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Art. 90. — Toate instituțiunile publice, de utilitate publică sau care primesc, sub orice formă, subvenții dela Stat, județ și comună, sunt obligate să comunice Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, de îndată ce devin vacante, toate posturile de personal tehnic: externi, interni, medici, farmaciști și chimiști de laboratorii și de analize medicale.

Art. 91. — In urma concursurilor pentru ocuparea posturilor de: externi de spitale, interni de spitale, interni în farmacie, medici secundari și medici asistenți de laborator, medici igieniști, medici șefi de județe și de municipii, înspectori generali sanitari, chimiști șefi, chimiști, farmaciști, medici asistenți la institutele de știință aplicată, medici șefi de laborator la institutele de știință aplicată vor fi declarați reușiți în ordinea clasificației, un număr de candidați egal cu acela al locurilor publicate vacante, nota minimă de admisibilitate fiind 15.

Locurile vacante se vor atribui, în ordinea clasificației, candidaților reușiți la concursurile respective.

Art. 92. — In urma examenelor de clasificare pentru medicii primari de specialitate, de medici șefi de laboratorii de igienă și de analize, de medici comunali, de circumscripție rurală și urbană, de medici școlari și de farmaciști șefi, candidații care au obținut media generală de cel puțin 15 sunt trecuți în ordinea clasificației pe un tablou care este valabil timp de 2 ani dela data terminării examenului.

Locurile publicate vacante vor avea dreptul să le solicite:

a) Toți cei îndreptățiți a fi transferați conform art. 89, al 2;

b) Toți cei rămași disponibili pe tablourile de clasificare respective a căror valabilitate nu este expirată. Când numirea se face dintre acești candidați, desemnarea se face în persoana primului clasificat dintre cei rămași pe tabloul fiecărui examen de clasificare, dându-se preferință la clasificare egală, celui mai capabil dintre ei.

Art. 93. — Transferările și numirile personalului tehnic: medici, farmaciști și chimiști, se fac de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în baza avizului Comisiunii administrative.

In hotărârile sale Comisiunea administrativă va ține seamă:

a) La numiri, de clasificarea obținută la concursurile sau examenele de capacitate respective;

b) La transferări, de activitatea desfășurată de candidați, în serviciul public pe care l'au deținut și de reputația lor științifică, profesională și socială precum și de clasificarea la examene și concursuri. Dacă va fi nevoie comisiunea poate chema pe candidați pentru a expune activitatea lor. De asemeni comisiunea va putea verifica pe teren această activitate, printr'un membru al juriului sau printr'un delegat special.

Hotărârile de transferări vor fi motivate și se vor afișa.

Art. 94. — Numirile candidaților admiși la concursurile de externi, interni, medici secundari de spitale, de asistent de laborator și de interni în farmacie se fac pe timp limitat și anume:

a) Medicii secundari, medicii asis-

— Hormonii foliculari şi ai corpului galben izolaţi până în prezent nu sunt singurii Hormoni secretaţi de ovar.
— In majoritatea cazurilor un singur Hormon nu rezolvă tratamentul unei disfuncţiuni ovariene.
— Deaceea prezentăm corpului medical un extract total ovarian sub o formă nouă (în soluţie oleoasă) care include în afară de Hormonii menţionaţi, absolut toate proprietăţile glandei totale.

Lipogyn

FORME CLINICE :

Fiole a 1 cmc. conţinând 25 milgr. de extract liposolubil.
Dragele conţinând 10 milgr. de extract liposolubil.

FARMAOLT S. A. — BUCUREŞTI — CALEA GRIVIŢEI 67 TEL. 4.98.08

ENDOCRINOTERAPIE

Oboseală cerebrală, Surmenaj intelectual. Hipotensiune, Deficienţă intelectuală infantilă. Astenie nervoasă.

POSOLOGIE : ½—3 dragele zilnic → **Xenonitan** EXTRACT TOTAL DE HIPOFIZĂ DRAGELE

Insuficienţă suprarenală cronică. Boala lui Addison. Adinamia infecţiunilor şi în convalescenţă. Vărsături incoercibile.

POSOLOGIE : Injecţ. intramusc. la 1—2 zile → **Linocortex** EXTRACT DE CORTEX SUPRARENAL FIOLE

Antidiuretic în tratamentul substitutiv al diabetului insipid.

POSOLOGIE : De prizat 2—3 ctgr. la 4 ore → **Retrofizin** EXTRACT DE LOB POSTERIOR HIPOFIZAR PULBERE

Hipotiroidie, Obezitate. Insuficienţă tiroidiană benignă. Mixoedem, Edeme, Oligurie.

POSOLOGIE: ½—10 dragele zilnic → **Thyreocrin** EXTRACT TOTAL DE GLANDĂ THYROIDĂ DRAGELE

FARMAOLT S. A. — BUCUREŞTI — CALEA GRIVIŢEI, 67 — TELEFON 4.98.08

Estetica Feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SĂRĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții intramusculare în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existență
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute *și* cronice *la copii și adulți,* diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza *etc.*

Pentru literatură și eșantioane a se adresa reprezentanței generale București, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

tenți de laborator, internii în medicină și cei în farmacie se numesc pentru o durată de trei ani;

b) Externii în medicină se numesc pentru o durată de doi ani.

Externii care la sfârșitul celui de al doilea an de stagiu s'au prezentat la concursurile de internat și nu au reușit, au dreptul la un al treilea an de stagiu ca externi sau ca interni provizorii, posturi în care au dreptul a fi numiți la eventuale vacante.

Art. 95. — Candidații reușiți la concursurile de farmaciști șefi și chimiști șefi pot opta a fi numiți în posturi de farmaciști și chimiști.

Art. 96. — Externii în medicină, internii în medicină și interni în farmacie nu pot ocupa o altă funcțiune publică sau particulară, cu excepția celor din învățământul universitar.

Stagiul de internat încetează de drept la 30 de zile după obținerea titlului de doctor în medicină sau de licențiat în farmacie.

Art. 97. — Internii în medicină, internii în farmacie și medicii secundari de spitale, afară de cei căsătoriți sunt obligați a locui în spitale în limita posibilităților locale, având drept la hrană și întreținere, ca un atribut indispensabil al funcțiunii ce ocupă.

Art. 98. — Transferările de externi, interni în medicină și farmacie și de medici secundari, dintr'un serviciu într'altul, pe bază de consimțământ reciproc, sunt admise numai cu aprobarea ambilor medici primari sau farmaciști șefi ai serviciilor respective.

Pentru toate celelalte categorii de personal tehnic: medici, farmaciști și chimiști, transferările prin consimțământ reciproc nu sunt admise.

Art. 99. — La părăsirea stagiului, externii în medicină, internii în medicină și farmacie și medicii secundari vor primi din partea Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale, o diplomă în care se va specifica și durata stagiului.

Dispoziții transitorii

Art. 100. — Candidații la concursurile și examenele de medici școlari, de medici șefi de județe și municipii, de medici șefi de laborator ce vor avea loc în anii 1942 și 1943, vor fi înscriși chiar dacă nu au diploma de specializare în igienă.

La concursul de internat dela Sibiu se vor admite în anii 1942 și 1943, studenții din anii V și VI chiar dacă nu au fost externi.

Art. 101. — Medicii care la promulgarea prezentului decret-lege ocupă cu titlu provizoriu, posturi de medici școlari, de medici de consultații sau de medici primari de specialitate, vor putea fi confirmați definitiv în locurile ce ocupă, dacă vor trece în cursul anului 1942 examenele de clasificare respective, conform prezentului decret-lege și vor obține media de admitere.

Art. 102. — Personalul tehnic al Ministerului Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale se pensionează din oficiu la vârsta de 60 ani împliniți.

Personalul tehnic ce va împlini până la 1 Ianuarie 1943 vârsta de 55 ani va putea fi pus în retragere din oficiu, spre a-și exercita drepturile la pensie, prin derogare dela dispozițiunile art. 258 din legea sanitară și de ocrotire din anul 1935, cu avizul motivat al Comisiei administrative în cazul în care din cercetările ministerului ar rezulta că nu mai corespunde exigențelor serviciului.

Art. 103. — Orice dispoziții din legi, decrete-legi și regulamente contrarii prezentului decret-lege sunt și rămân abrogate.

ION ANTONESCU
Mareșal al României
și Conducătorul Statului

Ministrul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale
Profesor, Dr. PETRE TOMESCU

Acest Decret-Lege a fost prezentat D-lui Mareșal Ion Antonescu, Conducătorul Statului cu următorul raport:

Recrutarea personalului necesar organizațiilor sanitare din țară a fost până acum lăsată la inițiativa diverselor autorități și instituțiuni particulare care numeau deseori pe medici farmaciști și chimiști în posturi importante și de răspundere fără o selecționare riguroasă.

Am considerat absolut necesar, atât în interesul institutiilor publice, cât și în acela al practicei medicale să se unifice pentru toate gradele ierarhiei medicale normele de recrutare prin concurs, de numire și funcționare a personalului tehnic: medici, farmaciști și chimiști ai institutiilor publice, și institutiilor de utilitate publică și particulare ce primesc subvențiuni dela Stat, județ sau comună.

Din acest punct de vedere credem că Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, care acordă pe de o parte libera practică a medicinei, pe de altă parte libera practică a unei specialități medicale, are dreptul și datoria să verifice pe criterii obiective de selecționare capacitatea profesională a medicilor, farmaciștilor și chimiștilor, cărora li se încredințează locurile de răspundere în instituțiunile sanitare.

Această măsură este cu atât mai necesară cu cât intenționat sau întâmplător, pentru o multime de servicii sanitare și medicale nu erau prevăzute examene și concursuri în legile în vigoare.

Numirile se făceau în aceste locuri după criterii personale și după aprecieri subiective care s'au dovedit, deseori, eronate. Pentru a înlătura aceste situații am prevăzut în noua lege, examene și concursuri pentru toate locurile de medici civili, indiferent de departamentul sau autoritatea de care depind.

Suntem convinși că prin aceste prevederi legale se va stimula foarte mult activitatea științifică și pregătirea profesională a tinerelor generații de medici.

Pe lângă acestea, spiritul lor de independență nu va mai fi contrariat și nici umilit solicitând și acceptând servicii pentru care nu au avut ocazia să facă dovada capacității sau pentru care nu au pregătirea necesară.

Prin acest decret-lege, prin care se prevăd norme unitare și obligatorii de selecționare pentru toți medicii, se dă instituțiunilor sanitare siguranța că vor avea un personal medical bine pregătit, iar medicilor li se dă prestigiul și independența spirituală de care au nevoe pentru exercitarea nobilei lor profesiuni.

Principiul de bază al decretului lege pe care am onoarea a-l prezenta spre aprobare și semnătura Domniei Voastre, în conformitate cu dispozițiunile decretelor legi, Nr. 3.052 din 5 Septembrie și Nr. 3.072 din 7 Septembrie 1940, este ca selecționarea medicilor de toate categoriile, dela locul cel mai important până la cel mai mic, trebue să se facă pe baza criteriilor obiective ale unui concurs sau examen public.

Cu prilejul acestei noui legiferări, ținând seama de experiența trecutului, am căutat să simplificăm probele concursului punând mai mult accentul pe capacitatea profesională, pe activitatea științifică și pe valoarea socială a candidaților, decât pe probele de memorie.

In afară de aceasta, pentru a se da posibilitatea medicilor tineri să se prezinte la concursurile pentru ocuparea posturilor mai importante, la care pregătirea lor profesională îi îndreptățeau să candideze, s'au redus stagiile prea lungi în funcțiunile dela începutul ierarhiei medicale. Această măsură are menirea nu numai să satisfacă aspirațiunile legitime ale generațiilor tinere, dar și pe aceea de a încadra bine serviciile publice prin completarea numeroaselor vacante ce avem în prezent.

Şedinţa Consiliului Sanitar Superior

Stabilirea normelor de funcţionare

In ziua de 10 Martie a. c., a avut loc la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şedinţa Consiliului Sanitar Superior.

Expunerea D-lui Ministru al Sănătăţii

D-l Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a făcut un expozeu asupra realizărilor sanitare din ultimul an şi a arătat Consiliului că sănătatea publică formează una din preocupările de căpetenie ale Domnului Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului.

D-l Ministru, a spus, în rezumat, următoarele: La începutul anului 1941, luând conducerea Ministerului Sănătăţii, am urmărit, în primul rând să asigurăm funcţionarea normală a aparatului sanitar al Statului.

In acest scop Mnisterul Sănătăţii a făcut eforturi însemnate pentru procurarea de materiale sanitare, pentru ameliorarea spitalelor din punct de vedere al confortului şi al alimentaţie bolnavilor, pentru dotarea tuturor serviciilor sanitare de la sate şi de la oraşe.

Spitalele publice au avut apoi intensa activitate chirurgicală din vara anului 1941, pentru îngrijirea răniţilor de război. Concomitent s'a procedat la organizarea sanitară a Basarabiei şi Bucovinei, desrobite prin acţiunea eroică a armatelor noastre. Odată cu toamna, a început lupta contra epidemiilor, care ne veneau ameninţătoare din Rusia Sovietică. Ele au fost jugulate graţie activităţii plină de competenţă şi de devotament a medicilor români.

D-l Ministru a făcut un călduros elogiu al corpului nostru medical, care a desfăşurat o strălucită şi patriotică activitate, încununată de un admirabil succes atât pentru îngrijirea răniţilor cât şi în combaterea boalelor epidemice

Pentru ca activitatea medicală şi acţiunea sanitară să se poată desvolta în raport cu nevoile Statului, s'a promulgat legea cadrelor medicale prin care s'au unificat normele de selecţionare, de numire şi de funcţionare a tuturor serviciilor medicale de la instituţiile publice şi particulare subvenţionate de Stat.

Pe aceiaşi linie de desvoltare a mijloacelor de asistenţă în spirit de echitate naţională, s'a procedat la reforma regimului farmaciilor. graţie căreia numărul farmaciilor româneşti a crescut de la 500 la 1.000.

Prin formarea noului Consiliu Sanitar, din care fac parte cele mai proeminente personalităţi medicale ale ţării şi cei mai reprezentativi medici ai provinciilor româneşti, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale intră într'o nouă etapă de desvoltare.

Ministerul va trebui să devina, cât mai repede, un organism technic, o instituţie medicală cu mare prestigiu ştiinţific în locul autorităţi administrative greoae de acum.

Pentru aceasta, Consiliul Sanitar va trebui să aibă o activitate foarte importantă atât în elaborarea programelor generale de lucru cât şi în aplicarea lor practică pe teren.

Pe viitor legile sanitare vor fi discutate în Consiliu care se va ocupa totdeodată de ameliorările ce se vor dovedi necesare în organizarea sanitară.

Prin comisiuni emanate din Consiliu, la cari se vor putea adăuga şi alţi specialişti, se vor studia şi soluţiona chestiunile de ştiinţă aplicată în legătură cu problemele speciale ale ţării noastre, — de ordin medical, epidemiologic, demografic şi social.

Pentru ca măsurile luate să poată da rezultatele practice pe cari le urmărim, membrii Consiliului le vor controla pe teren, fiecare în specialitate sa, stabilindu-se o legătură strânsă şi permanentă între protagoniştii ştiinţei şi profesiunei medicale şi medicii din toate funcţiunile publice ale Statului.

Discuţiile urmate

D. prof. dr. Ştefan Nicolau spune că este prima dată când Consiliul Sanitar Superior este chemat să participe activ la organizarea sanitară de Stat. Mulţumeşte d-lui Ministru al Sănătăţii şi pentru inovaţia adusă în funcţionarea Consiliului Sanitar Superior.

D. prof. dr. Iacobovici spune că ziua de azi va însemna ceva în istoria medicinei româneşti. S'a creat un corp consultativ şi s'a dat o nouă orientare sănătăţii publice în România.

Anul acesta a fost un an de intensă activitate medicală. Prin munca medicilor noştri am fost cruţaţi de acea catastrofă a războiului trecut — tifosul exantematic —; îngrijirea răniţilor a dat rezultatele cele mai satisfăcătoare.

Ceeace a împiedicat până acum o bună organizare sanitară a fost mai ales lipsa de continuitate în politica sanitară. Consiliul Sanitar pe de altă parte avea un rol mai mult teoretic decât activ. Prin măsurile luate acum Consiliul Sanitar Superior va face legătura între conducerea organizaţiei sanitare şi elementele practice. Nu poate fi vorba însă de un control al membrilor Consiliului Sanitar Superior asupra activităţii organelor exterioare ci mai mult de o acţiune de colaborare şi de îndrumare.

D-sa mulţumeşte d-lui Ministru al Sănătăţii pentru rolul de frunte pe care l-a dat Consiliului Sanitar Superior.

D. prof. dr. Dan Theodorescu spune: In actuala organizare a Consiliului Sanitar Superior toate specialităţile medicale pot să-şi afirme punctul lor de vedere în marile probleme de organizare sanitară. D-sa relevă faptul că de abia în regimul actual Stomatologia a fost scoasă din cadrul îngust al intereselor personale şi a căpătat importanţa ei ca o specialitate medicală.

D. Dr. Irimescu arată că deacum înainte Consiliul Sanitar încetează de a avea un rol teoretic, el se exteriorizează şi membrii săi vor putea îndruma întreaga activitate sanitară.

D. dr. Lazăr relevă rolul important pe care Consiliul Sanitar trebue să-l joace ca organ tehnic în organizaţia sanitară. O serie de legi — aceea a combaterii avortului, aceea a protecţiei mamei şi a copilului trebuesc studiate. Dar medicii, spune d-sa, — trebue să se ocupe de sănătatea morală a poporului român în aceeaşi măsură în care apără sănătatea fizică. De aceea medicii trebue să capete o cultură cât mai complectă pentru a fi îndrumătorii sufleteşti ai satelor.

D. prof. dr. N. Gh. Lupu spune: Dacă eforturile celor din trecut nu au dus la rezultate importante în organizaţia sanitară, aceasta se datoreşte mai ales faptului că efortul a fost individual, nu colectiv şi nu coordonat.

Pentru o reformă a organizaţiei sanitare este necesar în primul rând concentrarea întregului aparat sanitar la Ministerul Sănătăţii care să controleze întreg personalul organizaţiei sanitare şi să aibă în mână toate mijloacele de care dispun diferitele instituţii sanitare de Stat. Trebue deasemenea ca Facultăţile de Medicină să fie ajutate cât mai mult de Ministerul Sănătăţii astfel ca viitorii medici să poată căpăta o instrucţie complectă.

D-sa crede că nu va fi posibilă o reformă a organizaţiei sanitare fără instituirea unei unificări reale a tuturor aşezămintelor sanitare.

D. prof. dr. *V. Ciocâlteu* arată că pentru ca Facultăţile de Medicină să prepare un mai mare număr de studenţi este nevoe ca ele să fie mult ajutate.

D. prof. dr. M. Ciucă arată că me-

PASSIFLORINE
RÉAUBOURG

Acţionează paralel asupra simpaticului şi parasimpaticului, realizând un echilibru armonios între tonusurile celor două sisteme nervine, prin:

CRATAEGUS
Sedativ al excitabilităţii simpatice.

PASSIFLORA
Sedativ al excitabilităţii simpatice şi vagale.

SALIX ALBA
Sedativ al excitabilităţii vagale.

INSOMNIE, ANXIETATE, TEMERI, ERETISM CARDIAC ŞI MEDICAMENTUL FEMEII IN TOATE EPOCILE VIEŢII EI GENITALE

Ca sedativ: 2—4 linguriţe pe zi. — **Ca hipnotic:** 2—4 linguriţe seara la culcare.

ALGANOL

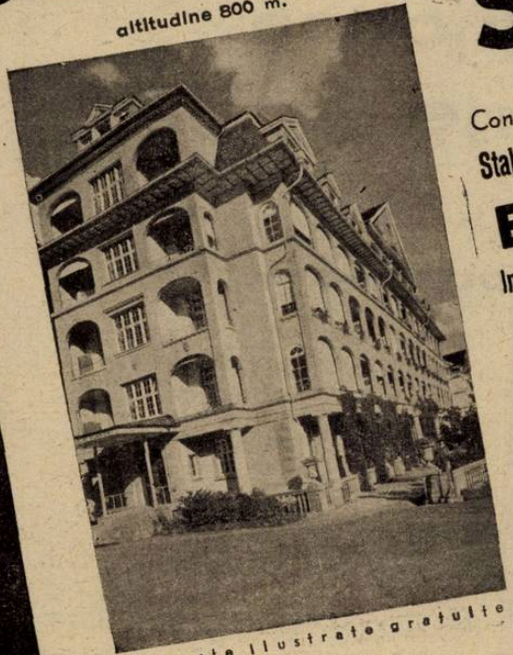
Cel mai puternic sedativ al durerei
Calmează imediat. Vindecă repede

1—3 buline pe zi.

Reprezentant General pentru România: GEORGE VERGLAS - Str. Precupeţii Vechi, 1 - Bucureşti III

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.



Condiţiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

Intr'o poziţie privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentului:
în camere pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Şef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschlaud)

Prospecte ilustrate gratuite

DOLANTIN

Substanța sintetică unitară fără alcaloizi cu acțiune spasmolitică vastă și efect analgezic puternic, fără acțiune hipnotică accesorie.

Fiole, tablete, supozitoare.

»Bayer« BAYER Leverkusen

Reprezentanța generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. București I, Str. Brezoianu 53

dicii igienişti au colaborat întotdeauna îndeaproape cu Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale. Dacă rezultatele acestei colaborări nu au fost totdeauna vizibile aceasta se datoreşte şi faptului că legile sanitare au fost de cele mai deseori făcute fără ca să se ia şi avizul igieniştilor. Consiliul Sanitar Superior va avea tocmai rolul de a studia diferitele probleme ale specialităţilor medicale. D sa arată că membrii Consiliului Sanitar Superior vor putea colabora în mod activ cu medicii de pe teren prin organizarea de cursuri, conferinţe, stagii la institutele de ştiinţă aplicată, etc.

D. dr. *Banu Gh.* arată că medicina preventivă trebue să păstreze intact patrimoniul biologic al unei popor. Dar pentru a face operă de medicină preventivă trebue să ne deplasăm pe teren. De aici necesitatea ca să creiem o masă importantă de medici igienişti care să aplice pe teren principiile moderne ale medicinei preventive.

D. prof dr. *Bogdan* arată că profesia de farmacist a fost reformată prin curajoasele măsuri cari s'au luat. Au fost înlăturaţi toţi aceia care s'au infiltrat fără drepturi în nobila profesie de farmacist. Consiliul Sanitar Superior care de acum înainte este o organizare corporativă profesională trebue să discute problemele sanitare şi mai ales să şi impună hotărîrile. O problemă importantă care nu a fost discutată niciodată de Consiliul Sanitar Superior este aceia a medicamentelor.

Trebue instituită o comisiune din sânul Consilului Sanitar Superior care să studieze această problemă şi să dea soluţiile cele mai adecuate pentru o rezolvare complectă a ei.

D. prof. dr. *I. Bălţeanu* spune: problemele epidemiologice au format totdeauna o preocupare de căpetenie a Consiliului Sanitar Superior. Dar nu s'a căutat niciodată să se realizeze o laborare între cei de pe teren şi cei dela centru. Aceasta colaborare însă era o imperioasă necensitate.

D. prof. dr. *P. Niculescu* arată problemele care se pun urgent Consiliului Sanitar Superior. Problema controlului medicamentelor, aceia a asistenţei balneare, problema reorganizării învăţământului medical astfel ca să corespundă nevoilor sanitare ale ţării trebuesc examinate şi discutate de membrii Consiliului Santar Superor.

D. dr. *Plăcinţeanu* deosebeşte în activitatea Consiliului Sanitar Superior o activtate centrală şi una periferică. Trebue ca toate probleme ce vor fi puse în discuţia Consililui Sanitar Superior să fie studiate din vreme astfel ca să se poate veni cu soluţii cât mai practice. Pentru realizarea unei unităţi în acţiunea sanitară este de mare importanţă colaborare tuturor organelor sanitare locale pentru rezolvarea problemelor locale.

D-l Dr. Râmneamţu citeşte memoriul D-luj Prof. Dr. Moldovanu care nu poate participa la şedinţa Consiliului, asupra colaborării cât mai active între membrii Consiliului Sanitar Superior şi organele sanitare de pe teren.

Membrii Consiliului Sanitar Superior vor lua pe teren informaţiuni privitoare la funcţionarea serviciilor, la metodele tehnice întrebuinţate căpătând astfel o imagine precisă de nivelul medical al serviciului şi de lipsurile de orice fel pe care le vor constata.

Se va căuta să se îndrumeze activitatea medicală a serviciilor, arătând organelor sanitare exterioare tot ce poate fi util perfecţionării şi îmbunătăţirii lor.

Această acţiune de îndrumare se va face sub formă de discuţii, conferinţe, demonstraţii, astfel ca să se stimuleze interesul pentru cercetările ştiinţifice şi în acelaşi timp să se realizeze o ameliorare a metodelor tehnice de asistenţă a bolnavilor.

In discuţia Consiliului Sanitar Superior vor trebui să intre numai chestiunile de principiu şi de însemnătate deosebită.

D. medic col. dr. *Capitanovici* mulţumeşte Ministerului Sănătăţii pentru actuala organizare a Consiliului Sanitar Superior care va avea un rol precumpănitor în orgnizaţia sanitară. Actualmente există o strânsă colaborare între serviciile sanitare civile şi militare.

D. dr. I. Stoichiţia. Secretar General al Ministerului Sănătăţii, arată că actualul războiu a pus şi mai mult în evidenţă importanţa hotărâtoare şi valoarea nemăsurată a cap talului uman, precum şi grija deosebită pe care trebue să o avem pentru prosperitatea lui biologică integrală. Această mare îndatorire revine serviciului sanitar al ţării şi în primul rând corporaţiei medicale, care în timpuri grele a dat o strălucită dovadă nu numai de temeinica sa pregătire profesională ci şi de un înalt spirit al datoriei care uneori a mers până la supremul sacrificiu.

Având un Corp medical atât de select, suntem datori să procedăm în strânsă colaborare cu el la aşezarea unor temelii solide pentru viitoarea noastră oranizare sanitară, care trebue întărită şi modernizată pentru a putea corespunde nu numai marilor necesităţi ale momentului de faţă, ci şi realizării unui mare şi vast program de lungă durată.

Consiliul sanitar superior a fost reorganizat pentru a putea corespunde acestor nevoi imperative colaborând cu Ministerul Sănătăţii, prin competenţa şi autoritatea sa la elaborarea legilor organice necesare ; la stabilirea celor mai potrivite sisteme de organizare sanitară la fixarea celor mai nimerite metode technice de acţiune pe teren. In afară de aceasta membrii Consiliului Sanitar Superior, vor trebui să participe fiecare în domeniul specialităţii sale, la îndrumarea pe teren a acţiunei sanitare şi de ocrotire, păstrând şi întărind prin această legătură spirituală şi ştiinţifică între conducerea centrală şi între organizaţiile exterioare. Ca metodă de lucru Dl. Dr. I. Stoichiţia propune pentru problemele mari formarea unei Comisiuni restrânse din cei mai competenţi specialişti iar pentru problemele de mai mică importanţă referate individuale.

Acestea elaborate se vor prezenta plenului Consiliului sanitar care le va discuta şi le va da forma definitivă urmând ca să se pună în aplicare sau executare de Minister.

Pentru îndrumarea activităţii pe teren D-sa propune participarea regulată a unor membrii desemnaţi din Consiliu la conferinţele trimestriale şi anuale judeţene şi regionale la care sunt prezenţi în mod obligator toţi medicii din aceste judeţe sau regiuni.

Inchiderea desbaterilor

D. prof. dr. *P. Tomescu* Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, rezumând desbaterile, arată că membrii Consiliului Sanitar Superior au fost întru totul de acord cu actuala organizare a Consiliului Sanitar Superior.

Prin acţiunea membrilor Consiliului Sanitar Superior se va realiza o îmbunătăţire notabilă a funcţionării diverselor servicii sanitare şi mai ales organizaţia noastră sanitară va putea să corespundă întru totul nevoilor ţării.

Dacă până acum a existat o discordanţă între înaltul nivel ştiinţific al personalităţilor noastre medicale şi organizaţia de Stat sanitară prin colaborarea activă a celor mai proeminente personalităţi din lumea medicală la acţiunea de ridicare a nivelului sanitar, această dicordanţă va dispare.

Pentru a se păşi numaidecât la realizări practice s'au instituit comisiuni dintre membrii Consiliului Sanitar Superior care vor studia de îndată problema combaterii şi prevenirii tuberculozei şi problema atât de importantă a mortalităţii infantile.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Legea pentru trecerea la Ministerul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale a tuturor serviciilor medicale şi sanitare

Art. 1. — Medicii din serviciile publice ale Statului, judeţelor şi comunelor, Direcţiunilor Generale, Regiilor Publice, Caselor Autonome, cum şi ai tuturor instituţiunilor şi serviciilor cu bugete anexe la bugetul general al Statului, sau subvenţionate de Stat, judeţe şi comune, cu excepţia celor ce aparţin armatei, constituesc Corpul Medicilor Publici şi depind de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Art. 2. — Toţi medicii publici vor fi trecuţi în bugetul Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Plata salariilor cuvenite medicilor proveniţi dela diverse Ministere se va face din creditele înscrise în bugetul Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Pentru medicii proveniţi dela celelalte instituţii publice prevăzute la art. 1 din Decretul Lege de faţă, se vor înscrie în bugetele acelor instituţii, subvenţii reprezentând drepturile de salarizare ale medicilor; aceste subvenţii vor forma un articol de venituri în bugetul Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, care va fi trecut în bugetul general de venituri al Statului.

Numărul medicilor publici prevăzuţi la art. 1, este cel fixat prin bugetul Statului şi al instituţiunilor respective pe exerciţiul 1941/942.

Art. 3. — Operaţiunile de încadrare şi de armonizare a salariilor vor fi făcute de Comisiunea administrativă a Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, care va lucra după normele prevăzute în legile sanitare şi în conformitate cu tipurile de salarizare prevăzute în Codul Funcţionarilor Publici.

Această operaţiune va fi executată în termen de maximum 6 luni dela punerea în aplicare a bugetului general al Statului pe exerciţiul 1942/1943 tabela de încadrare şi salarizare a tuturor medicilor publici se va aproba printr'un Jurnal al Consiliului de Miniştri.

Art. 4. — Repartizarea medicilor la Ministere şi instituţiile publice prevăzute la art. 1, se va face de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, potrivit necesităţilor respective.

Dat în Bucureşti, la 6 Martie 1942.

Măsuri sanitare luate în Consiliul de Miniştri

In ziua de 3 Martie, s'a ţinut un consiliu de miniştri, sub preşedinţia d-lui *Mareşal Antonescu, Conducătorul Statului.*

In urma expunerei făcută de d. ministru Tomescu, d-l. Mareşal Antonescu a hotărât:

a) Să se distribue ca şi salvarsanul, gratis la ţară şi populaţiei sărace dela oraşe, preparatele medicale şi dietetice întrebuinţate pentru stăvilirea mortalităţii infantile provocată de gastro-enterită;

Statisticele arată că pierdem, din cauza acestei boli, peste o sută de mii de copii anual;

b) Să se execute imediat hotărîrea luată anul trecut de a se asigura medicilor rurali un tratament mai bun şi în măsura în care o permite starea de război, să se înceapă a li se construi locuinţe, prin grija perfecturilor, rămânând ca după război această operă să fie realizată integral;

c) Să se aplice normele de unificare şi de numire în Corpul medical, prevăzute de noua lege la toate instituţiile publice şi particulare subvenţionate de Stat;

d) Să se concentreze toate serviciile medicale şi sanitare la Ministerul sănătăţii.

Noul Consiliu sanitar superior

In conformitate cu legea care a modificat, completându-le, atribuţiile Consiliului Sanitar superior, au fost numiţi pe termen de 3 ani următorii membri:

1. Prof. dr. Iuliu Haţiegan, Rectorul Universităţii din Sibiu.
2. Dr. V. Ciocâlteu, profesor de chimie biologică şi Decan al Facultăţii de Medicină din Bucureşti.
3. Dr. I. Iacobovici, profesor de clinică chirurgicală şi ortopedică la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
4. Dr. Iuliu Moldovan, profesor de igienă şi medicină preventivă la Facultatea de Medicină din Sibiu.
5. Dr. Titu Gane, profesor de puericultură la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
6. Dr. C. Ionescu-Mihăeşti, profesor de medicină experimentală la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
7. Dr. Mihail Ciucă, profesor de bacteriologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
8. Dr. N. Gh. Lupu, profesor de clinică medicală la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
9. Prof. dr. Ştefan Nicolau.
10. Dr. P. Niculescu, profesor de farmacologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
11. Dr. D. Manolescu, profesor de clinică oftalmologică la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
12. Dr. Al. Ciucă, profesor de bacteriologie la Facultatea de Medicină Veterinară din Bucureşti.
13. Dr. N. Hortolomei, profesor de clinică chirurgicală şi urologică la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
14. Dr. Gh. Zotta, profesor de parazitologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
15. Dr. Iosif Stoichiţia, inspector general sanitar Sibiu.
16. Dr. I. Bălteanu, profesor de igienă şi medicină preventivă la Facultatea de Medicină din Iaşi.
17. Dr. D. Săvulescu, profesor de clinică obstetricală la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
18. Dr. Gh. Banu, şef de secţie la Institutul de Igienă din Bucureşti.
19. Dr. Al. Cosăcescu, profesor de clinică chirurgicală la Facultatea de Medicină din Iaşi.
20. Dr. Ionescu-Siseşti, profesor de clinică neurologică la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
21. Dr. S. Irimescu, medic primar director la Sanatoriul t. b. c. Filaret din Bucureşti.
22. Dr. C. Tătaru, profesor de dermatologie şi sifiligrafie la Facultatea de Medicină din Sibiu.
23. Dr. Emil Ţeposu, profesor de clinică chirurgicală şi urologică la Facultatea de Medicină din Sibiu.
24. Dr. Basil Teodorescu, profesor de clinică medicală la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
25. Dr. Th. Vasiliu, profesor de medicină legală la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
26. Dr. Dan Teodorescu, profesor de stomatologie şi chirurgie maxilofacială la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
27. Prof. dr. I. Vintilescu, Decanul Facultăţii de Farmacie din Bucureşti.
28. Prof. dr. Ştefan Bogdan, farmacist
29. Dr. Em. Lazeanu, conferenţiar de radiologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti.
30. Dr. L. S. Daniello, conferenţiar de ftiziologie la Facultatea de Medicină din Sibiu.
31. Dr. M. Nasta, conferenţiar şi medic primar al serviciului de t. b. c. dela Spit. Pantelimon din Bucureşti.
32. Dr. Iuliu Niţulescu, conferenţiar de boli de nutriţie la Facultatea de Medicină din Iaşi.

Intestinol

Pancreas. Duoden. Săruri biliare. Cărbune anim.

Turburări digestive. Flatulenţă. Dispepsie intestinală. Insuficienţă pancreatică

3 ori pe zi câte 2—4 drag. înainte sau în timpul meselor.

Codex S. A. R., Calea Şerban Vodă 41, Bucureşti.

POMADA

ANALGEZIC-CICATRIZANT

PLĂGI • ARSURI IRITAŢIUNI CUTANATE • ULCERE

Pastă de Ol. Jecoris cu ZnO. şi Talc

TUB MIC, MARE ŞI CUTII 1/4 Kg.

MOLLE

POMADA DESITIN FĂRĂ OXID DE ZINC ŞI TALC

ARSURI INTINSE PLĂGI CU PIERDERI DE SUBSTANŢĂ PLĂGI ATONE OSTEOMIELITE

Se întinde ca pansament în strat gros sau se toarnă direct în cavitate

TUB 40 g., 100 g. ŞI CUTII 1/2 Kgr.

PUDRA

PUDRĂ GRASĂ ADESIVĂ PE BAZĂ DE OL. JECORIS ABSOARBE SECREŢIUNILE

IRITAŢIUNI SUPERFICIALE TRANSPIRAŢIE TOALETA SUGARILOR

CUTII METAL MICI ŞI MARI ŞI PLIC. 100 g.

DESITIN

cu vitamine naturale A+D

Codex S. A. R., Calea Şerban-Vodă 41, Bucureşti.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

33. Dr. I. Jovin, conferenţiar de rachială la Facultatea de Medicină din Bucureşti.

34. Dr. Gh. Marinescu, medic primar şi agregat de urologie la Facultatea de Medicină din Bucureşti.

35. Dr. I. Ţetu, conferenţiar şi medic primar de oto-rino-laringologie la Spitalul Colţea din Bucureşti.

36. Dr. I. Apostolescu, inspector general sanitar Bucureşti.

37. Dr. I. Cosma, inspector general sanitar Sibiu.

38. Dr. O. Lupu, directorul sănătăţii şi ocrotirilor sociale din Guvernământul Bucovinei.

39. Dr. Marius Georgescu, medic primar al serviciului de obstetrică şi ginecologie din Spitalul Colţea Bucureşti.

40. Dr. N. Gruia Ionescu, medic primar al Spitalului de Boli Interne din Ploeşti.

41 Dr. D. Lazăr, medic primar chirurg Galaţi.

42. Dr. Eugen Suciu, medic primar de radiologie Timişoara.

43. Dr. I. Constantinescu, medic primar la Spitalul Central de boli mintale şi nervoase Bucureşti.

44. Dr. C. Ceapă, medic primar chirurg al Spitalului Central din Chişinău.

45. Dr. I. Nandriş, medic primar de oto-rino-laringologie al Spitalului Central din Cernăuţi.

46. Dr. M. Cănciulescu, medic primar al Spitalului «Filantropia» din Craiova.

47. Dr. S. Ţovaru, medic primar chirurg Bucureşti.

48. Dr. Cornel Radu, medic primar de puericultură la Spitalul de Copii Arad.

49. Dr. V. Pătrăşcanu, medic primar chirurg al Spitalului «Pavel şi Ana Cristea» din Bacău.

50. Dr. P. Râmneanţu, şef de secţie la Institutul de Igienă din Sibiu.

Fac parte din Consiliul Sanitar Superior ca membri de drept D-nii:

1. Medic Colonel Dr. M. Capitanovici, Medicul Şef al Armatei.

2. Dr. C. Dăniţă, Director General al Casei Centrale a Asigurărilor Sociale.

3. Dr. Octav Burileanu, Efor al Eforiei Spitalelor Civile din Bucureşti.

4. Dr. E. Christide, Epitrop al Aşezămintelor Brâncoveneşti.

5. Prof. Dr. Tudoranu, Epitrop al Spitalelor «Sf. Spiridon» Iaşi.

6. Dr. I. Plăcinţeanu, Epitrop al Spitalelor «Sf. Spiridon» Iaşi.

7. Dr. V. Săvescu, Director Medical al Căilor Ferate Române.

Noile norme de numiri şi de transferări ale medicilor

In ziua de 4 Martie 1942, a avut loc la ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, prima şedinţă a Comisiunei administrative dela promulgarea legii pentru unificarea normelor de recrutare, numire şi funcţionare a personalului tehnic.

D. ministru prof. dr. Tomescu, a făcut o scurtă expunere asupra principiilor legii de mai sus privitoare la normele de funcţionare şi tehnicei de lucru a acestei Comisiuni, insistând pentru aplicarea cât mai completă a prevederilor legii astfel ca în hotărîrile ce se vor lua să se ţină seamă:

a) La numiri, de clasificarea obţinută la concursurile sau examenele de capacitate respective;

b) La transferări, de activitatea desfăşurată de candidaţi în serviciul public pe care l-au deţinut şi de reputaţia lor ştiinţifică, profesională şi socială, precum şi de clasificarea lor la examene şi concursuri. Dacă va fi nevoe, Comisiunea poate chema pe candidaţi pentru a expune activitatea lor. Deasemeni, Comisiunea va putea verifica pe teren această activitate printr'un membru al juriului sau printr'un delegat special.

Hotărîrile de transferări vor fi motivate şi se vor afişa.

D. ministru a prezidat şedinţa până la sfârşit, dispunând să se treacă în procesul verbal, motivele pe care se bazează hotărîrile Comisiunei Administrative, dispunând ca toate deciziunile, cu motivarea lor, să fie afişate imediat la ministerul sănătăţii.

Deoarece pentru locurile de medic şef al oraşului Giurgiu s'au prezentat 10 candidaţi, Comisiunea a decis să fie invitaţi la cea mai apropiată şedinţă pentru a face expunere asupra activităţii lor ştiinţifice, profesionale şi sociale. Intre timp ministerul prin organele sale va verifica pe teren activitatea fiecărui candidat în serviciul public ce a deţinut până acum.

Concursurile pentru medicii secundari de spitale

Concursurile de medici secundari de spitale, publicate în Monitorul Oficial din 2 Martie pentru data de 3 Aprilie a. c. vor începe în ziua de Joi 9 Aprilie, la Bucureşti, Iaşi şi Sibiu.

La Bucureşti se vor ţine pentru locurile din Muntenia, Oltenia şi Dobrogea: la Iaşi pentru locurile din Moldova şi Sibiu pentru locurile din Transilvania şi Banat.

Cererile de înscriere însoţite de acte se vor adresa:

Pentru Bucureşti la ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, calea Plevnei No. 19.

Pentru Sibiu şi Iaşi la inspectoratele generale sanitare respective.

Cererile vor fi înaintate cu cel puţin 10 zile libere înaintate de data ţinerii concursului; în cereri se va arăta specialitatea pentru care se concurează.

Concursul de externat şi internat în medicină

Pentru ca viitorii medici să dobândească o pregătire practică de spital astfel ca ei să poată lucra cu maximum de randament în organizaţia sanitară de Stat, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a procedat la o reorganizare a acestor concursuri.

Astfel concursul de extrenat şi internat în medicină a fost simplificat în sensul că s'au eliminat din probele concursurilor chestiunile de interes pur teoretic introducându-se mai ales chestiuni de practică medicală curentă. Pe altă parte probele scrise care cereau un efort îndelungat de memorizare a unor chestiuni pur teoretice, au fost suprimate şi s'au introdus în regulamentul acestor concursuri numai probe orale menite să demonstreze imediat capacitatea profesională a candidaţilor.

Numărul locurilor de externat şi internat a fost mărit. Astfel la Bucureşti s'au pus la dispoziţia candidaţilor reuşiţi la concurs 220 locuri de externi şi 60 locuri de interni iar la Iaşi 50 locuri de externi şi 25 interni. La Sibiu unde instituţia externatului şi internatului nu a funcţionat până acum s'au înfiinţat 50 locuri de externi şi 20 locuri de interni.

Deoarece pentru instrucţia externilor şi internilor era necesar ca fiecare spital să aibă un număr de externi şi interni proporţional cu numărul de bolnavi pe care-i îngrijeşte, s'au fixat un număr de 10 externi şi interni pentru fiecare 100 de paturi de spital.

In modul acesta se asigură unui mare număr de studenti în medicină posibilitatea de a dobândi cunoştinţe temeinice în spitale şi clinici, asigurându-se în acelaş timp şi personalul medical competent de care organizaţia sanitară a Statului are nevoe.

Prin noua salarizare a externilor şi internilor de spitale (6000 lei lunar pentru interni şi 4800 lei pentru externi) se asigură în acelaş timp elementelor tinere şi valoroase o adevărată bursă de studii care le va permite continuarea şi desăvârşirea culturii lor medicale.

S'a fixat concursuri de externat în medicină în toate centrele universitare din țară pe ziua de 30 Martie a. c. și concursuri de internat pe ziua de 31 Martie a. c.

Inscrierile se fac pentru București la Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale — Direcția Personalului — iar în celelalte centre universitare la inspectoratele generale sanitare rspective.

Sunt admiși la concursurile de externat în medicină candidații absolvenți a 2 ani de studii a Facultății de Medicină, iar la concursul de internat, candidații cari sunt în prezent externi ai spitalelor.

Concursul de externat constă în două probe orale — o probă de anatomie și una din mică chirurgie iar concursul de internat constă într'o probă orală de anatomie și fiziologie o probă orală de medicină internă, o probă de patologie chirurgicală, toate aceste probe făcându-se după un chestionar.

Regulamentele acestor concursuri cu chestionarele complecte au fost publicate în Monitorul Oficial No. 60 din 11 Martie 1942.

Sanitarii în Crimeia

Vitezele noastre armate au fost susținute în marșul contra bolșevismului de priceperea și devotamentul trupelor speciale.

Printre acestea, trupele de sanitari au avut un rol de primul ordin. Spitalele de campanie organizate de medicii noștri în condițiuni nu totdeauna ușoare, au adus cele mai însemnate servicii armatelor combatante. Munca istovitoare și dârză depusă de acești soldați ai ajutorului medical este demnă de admirația și recunoștința Patriei.

Pentru faptele lor medicii și sanitarii cari au luptat în Crimeia au fost citați prin următorul ordin de zi de către comandamentul Corpului de munte:

Având în vedere faptele de arme cu totul excepționale din Crimeia;

Ordon:

Citarea prin ordin de zi pe Corpul de munte a următorilor ofițeri, pentru devotamentul și spiritul de adâncă înțelegere a suferințelor și pricepere chirurgicală.

Medic lt. col. dr. Ursu Liviu, care a condus în mod strălucit instalarea și funcționarea spitalului Nr. 7 în toate împrejurările, arătând pricepere, inițiativă și devotament, mai presus de orice laudă.

Medic maior dr. Drăgoi Sergiu, care într'o colaborare desăvârșită cu ofițerii medici din spital, a știut să insufle tuturor subalternilor aportul de muncă fără preget, devotament și sacrificiu, făcând să domnească tot timpul buna înțelegere și armonia tuturor cerându-li-se o muncă peste puterile omenești.

Medic căpitan dr. Popescu Ioan II-lea; medic locot. dr. Pop Martin; medic sub. lt. dr. Horja Traian; medic sub. lt. Vișan Emil; medic sub. lt. dr. Popescu Ioan; medic sub. lt. dr. Cădere Teodor; medic soldat T. R. Babaca P.; medic soldat T. R. Ionescu Petre; medic soldat T. R. Duma Alexandru.

Toți acești ofițeri și soldați medici au depus o istovitoare muncă chirurgicală de zi și noapte, timp de 60 zile pentru a îngriji cu toată priceperea, devotamentul și abnegația, marele număr de răniți din cruntele lupte dela Sevastopol și Feodosia. Rezultatele obținute de acești destoinici medici chirurgi sunt peste așteptări.

Dat la Cartierul nostru azi 30 Ianuarie 1942.

Comandantul Corpului de munte
General de Divizie
(ss) GH. AVRAMESCU

Noul comitet al Societății române de chirurgie

Societatea de chirurgie din București a ales următorul comitet:

Președinte: Agregat Dr. Gh. Marinescu.

Vice-președinți: Locot.-colonel Dr. Traian Mihailescu și Dr. Th. Firică, chirurg primar.

Secretar general: Docent Dr. S. Tovaru, chirurg primar.

Bibliotecar: Confer. Dr. Th. Burghele, chirurg primar.

Casier: Dr. V. Steopoe.

Secretari anuali: Dr. Dan Mavrodin medic primar, Maior Dr. Gh. Petrulian, Dr. Gh. Chipail, Asistent universitar și Dr. Mircea Constantinescu, chirurg primar.

Premiul Behring al Universității din Marburg

Emil von Behring, descoperitorul serului antidiferic și întemeietorul seroterapiei, a murit în 1917, la Marburg (Lahn), după ce desfășurase timp de 22 ani o activitate extraordinar de rodcă în calitate de profesor de Igienă la Universitatea locală Pilipps și ridicase în apropierea orașului uzinele de cercetări și de produse, care îi poartă și azi numele. In amintirea acestui eminent medic german, Universitatea din Marburg, cu sprijinul uzinelor Behring, a creeat acum premiul «Emil von Behring», constând dintr'o medalie cu chipul cercetătorului și o sumă de 5000 RM. La 30 Ianuarie 1942, rectorul Profesor Dr. Th. Mayer a făcut cunoscut această fundațiune, cu prilejul unei mari festivități academice în aula Universității. Premiul va fi acordat din 2 în 2 ani pentru diferite lucrări științifice în domeniul medicinei umane, medicinei veterinare și combaterea bolilor epidemice. Rectorul și-a exprimat dorința ca această importantă fundațiune să poată contribui la deschiderea unor drumuri noui în terapeutică, în spiritul lui Behring, care, fără a se lăsa turburat de vicisitudini și dușmănii, și-a consacrat întreaga viață cercetării științifice, luptând împotriva bolilor infecțioase.

Recensământul personalului sanitar auxiliar

In continuarea operațiunilor de înscriere a întregului personal medical, farmaceutic și sanitar existent în țară, ministerul sănătății a organizat pentru ziua de 15 Martie a. c. un recensământ general al personalului sanitar auxiliar, dela toate instituțiunile publice și particulare.

Intreg personalul, adică asistentele sociale, surorile de ocrotire, moașele diplomate, agenții și oficianții sanitari, infirmierele diplomate, laboranții și dezinfectorii brevetați, etc., sunt obligați să completeze fișele de recensământ la cel mai apropiat serviciu sanitar al localității în care domiciliază.

Au obligația a se înscrie, atât personalul dependent de instituțiuni publice sau particulare, cât și profesioniștii cari practică în baza unei diplome, brevet sau certificat oficial, cunoscând că pe viitor va fi interzisă prin lege practica profesiunilor respective, profesioniștilor ce nu vor fi înscriși în evidențele ministerului sănătății.

Alegerea concesiilor de farmacii

Ministerul Sănătății aduce la cunoștință candidaților reușiți la examenul de clasificare al farmaciilor că, în Monitorul Oficial nr. 58, partea I-a, din 9 Martie 1942, s'au publicat circumscripțiile farmaciilor vacante și tabloul de clasificare.

Cei reușiți sunt invitați pe data de 24 Martie, ora 8, la ministerul sănătății calea Plevnei 19, pentru alegerea concesiilor vacante.

Acei ce nu se pot prezenta personal vor da procură legalizată unei alte persoane.

Cei ce nu aleg în măsura disponibilului, pierd dreptul la acest exame...

REGATUL ROMÂNIEI

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII ȘI OCROTIRILOR SOCIALE

SPITALUL CENTRAL „PROF. DR. I. CANTACUZINO"

Certificat

Subsemnatul, Doctor în Medicină, Docent Universitar, certific prin prezentul că am întrebuințat produsul Românesc antiseptic „PANSTERINE" în serviciul chirurgical al Spitalului „Prof. Dr. Cantacuzino" pentru pregătirea câmpului operator și ca desinfectant, în mai mult de 1.000 (una mie) de operațiuni mari și în executarea pansamentelor.

In toate aceste operațiuni cum și la pansamente, am fost foarte mulțumit de calitățile antiseptice ale susnumitului preparat care nu este iritant al pielei și poate înlocui cu succes Tinctura de IOD.

4 Mai 1939 Chirurg Primar, Dr. ST. N. POPESCU

IODOTERAPIA PARANTERALA

IODALGIN

FIOLE

Conține soluție apoasă, incoloră - sterilă de Mono-Iod-Hexahydrro-pyrizină $C_4 H_{11} N_2 I$, în concentrație de 10%.

(Fiecare cmc. conține o,o6 gr. Iod elementar, legat în mod chimic într'o moleculă organică)

Hipertensiune-Arterioscleroză-Anghină pectorală-Bronșită cronică-Bolile circulației și vaselor.

Diateză limfo-exudativă.

Astm bronșial-Emfizem.

Sifilis secundar și terțiar.

Eliberează în contact cu lichidele țesuturilor

IOD ELEMENTAR ACTIV

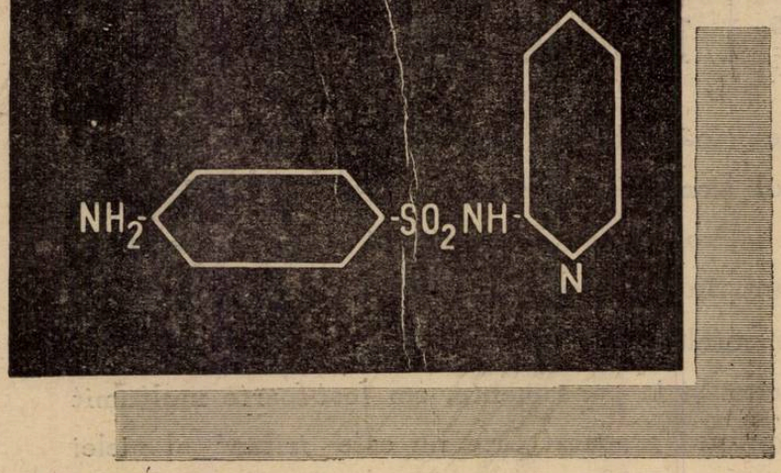
Forma de prezentare: ambalaj original cutii cu 10 fiole a 3 c. c.

Laboratorul „A S F A R" Gh. Stoicescu

BUCUREȘTI

Strada Olari Nr. 11 Telefon 1.05.77—2.15.90

Eubasinum



INJECȚII:

Soluție 30% de sulfapyridin-natrium
Cutii cu 3 și 10 fiole.

TABLETE:

Tablete a 0,5 sulfapyridin
Tuburi cu 10 tablete.
Cutii cu 30 tablete.

Dr. Alexandru Radu, București III, Str. Sofia, 30.

SIROP ANTIASTHMATIC IFAR

Iodură de codeină, Ephedrină, Cofeină, Tinct. Lobelia, Sirop de Thiocol și de Belladona.

Indicat în astm bronchic, cardiac, tusa spasmodică, emfizem pulmonar, bronșite acute și cronice, dispnea paroxistică, coriza spasmodică.

Mostre și literatură Laboratorul „IFAR"
Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — București IV
Telefon 5.67.48

In memoria doctorului Constantin C. Chiricescu

Doctorul Constantin C. Chiricescu moare la 9 Ianuarie 1942 în vârstă de 39 ani.

O boală nemiloasă stinge o făclie tânără menită să lumineze societatea noastră prin cunoştiinţele lui adunate în cursul atâtor ani de muncă încordată.

In timpul studiilor medicale dă concursul de externat după care trece în diferitele servicii ale Spitalelor Eforiei Civile şi în Noembrie 1926 îşi trece cu succes teza sa de doctorat. Lucrază

mai departe ca asistent al Clinicei I Chirurgicală din Bucureşti şi în anul 1928 în calitate de asistent străin al Facultăţii de Medicină din Paris în clinica profesorului H. Hartmann. Reîntors în ţară ocupă în mod provizoriu un post de medic secundar în Institutul Oftalmologic de la Spitalul Colţea de sub conducerea d-lui profesor dr. Manolescu.

Din activitatea lui spitalicească doctorul Chiricescu lasă pentru medicină lucrări mai mult consacrate chirurgiei.

In anul 1934 este numit medic la Spitalul Witting; aci l'am cunoscut pe doctorul Chiricescu la muncă, căci zi de zi trei ani în şir am urmărit devotamentul său inepuizabil şi blândeţea sa faţă de bolnavi. Cu un fizic delicat, un suflet ce cu greu îl puteai apropia, fire puţin expansivă, sub care totuşi se ascundea multă bunătate, fidelitate şi siguranţă în prietenie.

In ultimul timp cu privirea gânditoare şi mai tristă, cu o putere de rezistenţă în declin, desigur din cauza sănătăţii sale sdruncinate, nu voia însă să renunţe la îndeplinirea datoriei.

In regretul unanim al colegilor şi prietenilor lui pleacă prematur din lumea noastră, fără satisfacţia de a mai depune ultimele eforturi, şi de a îndeplini ultimele formalităţi care îi mai rămăsese pentru a-şi deschide perspectivele unei cariere frumoase.

Dr. VINTILA MAX. POPOVICI

Radu Christian

Cu câtă cruzime orândueşte destinul viaţa unor oameni! Familia confratelui şi prietenului General Dr. Christian putea fi considerată drept fericită până în ultimul timp; o lovitură neaşteptată le-a adus însă doliul, zăbranicul negru acoperind de acum înainte pentru totdeauna inimele iubitoare ale celor mai nefericiţi părinţi. Fiul lor unic, intern al spitalelor, absolvent al facultăţii de medicină, *Radu Christian*, s'a stins din viaţă în dimineaţa zilei de 28 Februarie a. c., având vârsta numai de 25 de ani.

L'am cunoscut pe *Radu Christian* de copil şi am avut durerea să mă prenumăr printre medicii cari s'au perindat la căpătâiul său în timpul boalei, făcând multe sforţări, dar din nefericire fără de a-i putea fi de vreun real folos. Era un suflet ales, care înţelegând de timpuriu suferinţele celor mulţi şi păsurile celor umili, îmbrăţişase profesiunea medicală nu spre a agonisi avere de care nu avea nevoe, şi nici pentru satisfacerea orgoliului, ci spre a veni în ajutorul celor nevoiaşi a căror soartă îl frământa şi îl mâna la acţiune continuă.

De o bunătate şi delicateţă cum rar se pot întâlni, cu multă putere de muncă şi sănătoasă judecată, cu o solidă instrucţie şi o serioasă şi aleasă educaţie, era sincer, bun şi drept, ducând abnegaţia până la sacrificiu, risipindu-se pentru binele celor mulţi şi oropsiţi de soartă. Gândurile rele nu încolţiseră în sufletul său, iar pornirile pătimaşe nu-l atinseseră. S'a stins mistuindu-se spre a întări pe alţii.

Deşi tânăr, înţelesese că fiecare faptă folositoare obştei contribue la întărirea neamului, calda iubire de ţară nepărăsindu-l până în ultimele clipe. Ca un soldat în război, gata la luptă şi la sacrificiu, el a înfruntat moartea fără de teamă, consolându-şi până la sfârşit părinţii, dând dispoziţiuni pentru întrebuinţarea averei sale personale şi indicând cu multă modestie şi delicateţă datoria celor rămaşi în urmă-i, de a desăvârşi dorinţa exprimată de a se înălţa, la timp potrivit, un aşezământ medical care să-i perpetueze memoria.

A murit ca un erou, căci s'a stins în floarea vârstei în urma unei boale contractate la datorie. A fost tot timpul conştient de însemnătatea misiunei ce a avut de îndeplinit în scurta-i existenţă. Nu i se va mai auzi glasul, dar vor rămâne pentru totdeauna întipărite în memoria celor ce au fost de faţă cuvintele rostite înainte de a închide definitiv ochii lui blânzi din care se revărsa atâta încredere: «Trăiască România Mare şi Regele Mihai!» — exprimând astfel idealul naţional care-i încălzea sufletul şi marea încredere pe care o avea în forţele creatoare ale neamului.

In sufletul tânărului intern *Radu*

Christian erau armonios îmbinate calităţi superioare şi aptitudini alese care au făcut ca astăzi, când destinul necruţător l'a doborât în plină activitate intelectuală, când moartea nemiloasă i-a curmat viaţa, inima tuturor acelora care l-au cunoscut şi apreciat să fie plină de tristeţe, iar sufletul adânc îndurerat. Găsească'şi părinţii o uşoară mângâere auzind cri citind proslăvirea fiului lor, dar mai ales amintindu-şi, că fiecare trebue să suporte cu curaj nenorocirile pe care nu le poate combate, căci suntem cu toţii complet dezarmaţi împotriva capriciilor adeseori foarte crude şi nedrepte ale soartei...

Toţi cei ce au cunoscut pe *Radu Christian* îi vor păstra o veşnică şi pioasă amintire pentru nobleţa caracterului său, iar întrucât priveşte viaţa sa, să fie un îndemn şi un exemplu pentru tineri spre a fi însufleţiţi de acelaşi cald patriotism şi de a fi pătrunşi de acelaşi înalt sentiment al împliniri datoriei ca şi tânărul intern pe a cărui viaţă s'a lăsat de timpuriu mantia neagră a morţii.

Dr C. D. CONSTANTINESCU

NOTIŢE TERAPEUTICE

Tratamentul modern al gonoreei

de H. Löhe şi R. Brett
Spitalul Virchow, Berlin
Referat după Dtsche. Med. Wschr. 1941. No. 36 p. 971)

Începând cu Ulironul s'au adunat primele observaţii privitoare la combaterea gonoreei. Astăzi, acest preparat rămâne în urma sulfamidelor mai eficace, cum sunt Neo-Ulironul, Sulfapyridina, Sulfathiazolul şi Sulfanilacetilamida. Pentru a avea o privire de ansamblu despre eficacitatea diverselor sulfamide, s'au făcut în mai multe servicii cercetări comparative, şi anume numai în cazurile de blenoragie proaspătă, încă netratată. Bolnavii au fost trataţi numai cu tablete şi repaus la pat, fără vaccinuri şi fără niciun fel de tratament local. S'au dat din Sulfanilacetilamidă 22,) gr. în 4 zile, din Neo-Uliron 12 gr. 4 zile, din Sulfapyridină 15 gr. în 5 zile şi din **Sulfathiazol (Eleudron)** 10 gr. în 2 zile. După o pauză de 5 zile a urmat provocaţiunea prin injecţie de vaccin antigonococic, masaj al prostatei, masaj uretral, injecţie intrauretrală de soluţie de Lugol şi proba cu alcool.

Rezultatele sunt generalizate în tabela următoare:

(Cifrele între paranteze indică numărul bolnavilor, iar procentele numărul vindecărilor).

Spitalul militar	Berlin	55 % (561)	53 % (380)	80 % (1055)
»	Köln	66 % (123)	72 % (72)	73 % (184)
»	Hamburg	—	—	90 % (800)
»	Bromberg	—	—	90 % (180)
»	Danzig	—	—	90 % (180)

Din 11 copii 90,9% au fost vindecaţi cu două serii de Eleudron şi din 12 copii 83.4% cu două serii de Sulfapyridină.

Cu tratamentul cu **Sulfapyridină** au fost observate ca fenomene secundare de 12 ori turburări gastrice sau vomismente fără gravitate, de opt ori dureri de cap, de patru ori cianoză, de cinci ori exanteme. Examenele sanguine făcute la 120 de pacienţi în curs de tratament au arătat în 49% din cazuri o creştere importantă a hemoglobinemiei şi a numărului eritrocitelor. In 23% au fost observate uşoare scăderi ale valorilor de hemoglobină. In 13% din cazuri numărul leucocitelor a crescut puţin, dar la 65% era net redus; cifra cea mai redusă era de 2000. După aceasta, pericolul unei agranulocitoze nu este exclus.

Cel mai mare interes îl prezintă însă cu siguranţă **rezultatele tratamentului blenoragiei cu Sufathiazol (Eleudron).** Se pare că eficacitatea Sulfathiazolului poate încă fi mărită, dacă medicamentul se administrează cu o cantitate mare de lichid, ameliorându-se astfel condiţiile de rezorbţie. Totuşi, motivul principal pentru care s'a administrat dela început Sulfathiazolul este **toleranţa perfectă a Eleudronului,** graţie căreia a fost posibil să se ajungă la doze atât de mari.

Este de o importanţă deosebită faptul că, printre numeroasele paciente de sex feminin, sunt un mare număr de gravide şi de lehuze, cari au primit preparatul, ca şi două paciente cu icter cataral, în doze la fel de mari şi l-au tolerat admirabil.

Şi la **copii,** cari sunt trataţi cu doze foarte puţin reduse (de 4×2 tablete timp de două zile) s'a constatat cât de bune sunt eficacitatea şi toleranţa preparatului. Un sugar în vârstă de patru săptămâni cu uretrită şi vaginită gonococică a fost vindecat cu 5,0 gr. de Eleudron (timp de două zile câte cinci tablete pe zi) fără nici un fel de fenomene secundare.

Printre cazurile tratate cu Sulfathiazol au fost şi cazuri noi şi vechi, cari fuseseră sau nu tratate anterior cu alte sulfonamide, blenoragii complicate şi necomplicate, cari au răspuns toate în mod favorabil la tratamentul cu Sulfathiazol, cu diferenţe abia remarcabile.

Se atrage mai cu seamă atenţia asupra marei imporanţe din punct de vedere practic, a timpului în care se poate vindeca o blenoragie tratată cu Sulfathiazol. Pe lângă restabilirea promptă a bolnavilor, făcându-i din nou apţi pentru serviciul militar, şi marele avantaj pe care îl oferă din punct de vedere eugenic prin prevenirea complicaţiilor (sterilitate la bărbaţi şi femei), reducerea timpului de tratament, precum şi felul în care acesta se aplică reprezintă o economie considerabilă de timp, de preparate scumpe cu argint şi de instrumente.

Marea experienţă pe care au câştigat-o Löhe şi Brett în tratementul gonoreei cu sulfonamide arată, că preparatele cu Sulfathiazol şi Sulfapyridină trebuesc privite astăzi drept cele mai eficace. **Sulfathiazolul (Eleudronul) prezentând avantagiile unor rezultate de vindecări mai bune, al unui tratament de durată mai scurtă şi al absenţei aproape complete a fenomenelor secundare.**

Cyren

E. Huf, I. G. Elberfeld
Farmacologie experimentală a hormonilor foliculari şi a stabilimentelor oestrogeni Klin. Wschr. 1941 No 29 p. 729; No. 30 p. 75)

După literatura publicată până acum dioxidietilstilbenul este cel puţin 2—3 ori mai activ decât oestronul, nu chiar tot atât de activ ca oestradiolbenzoatul, dar totuşi mai activ — de multe ori de 4—5 ori — decât dietildioxistilbenul dipropionta (în testul lui A len-Doisy). Dacă se ia în consideraţie eficacitatea perorală, atunci atât oestronul cât şi oestradiolul rămân mult în urma stilbenilor. Asupra creşterii uterului stilbenul neesterat are o acţiune mai puternică decât oestradiolbenzoatul. In cazul acesta Cyrenul B este mai eficace decât Cyrenul. Asupra lobului anterior al hipofizei (LHA) Cyrenul are acelaş efect ca şi foliculina; acelaş lucru se poate spune despre influenţa asupra lactaţiunei şi a glandei mamare. Nidaţiunea este mai puternic împiedicată de aethinyloestradiol decât de stilbeni; toate substanţele oestrogene, atât cele naturale cât şi cele artificiale, administrate în doze mari la începutul sarcinei pot duce la avort. La fel ca şi cu foliculina se poate influenţa sexul în favoarea sexului femenin la ouăle de găină cu stilbeni. Şi acţiunea asupra calcemiei, vasodilataţiei etc. se găseşte la ambele grupe oestrogene. Substanţele dispar foarte repede din organism, resp. sunt inactivate. In ceeace priveşte turburările pe cari supradozarea le poate produce în tablou sanguin, ficat, etc., oestrogenii naturali cât şi pentru cei sintetici. Cyrenul nu este mai dăunător, dar nici mai puţin dăunător, decât foliculina. O dozare justă permite evitarea oricăror pericole.

Eleudron

H. Thon
Berlin-Lichtenberg
Pneumonia cronică. Zschr, ärtztl. Fortb. 1941 No. 30 p. 640

Pentru tratamentul pneumoniei cronice T. a prescris comprese fierbinţi, băi, pyramidon, aspirină şi dintre sulfonamide printre altele şi Eleudron, precum şi cardiotonice. T. administrează şi Neosalvarsan (0,15 gr., cel mult 0,3 gr. de 1—2 ori pe săptămână) şi autchemoterapie, ca excitante.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus. adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53, Bucureşti I. Tel. 3.92.86.

În cazuri de insuficiență cardiacă chiar grave

Scilloral

dă posibilitatea unui tratament continuu, fără a produce turburări micșorând terapia intravenoasă de glicosid

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69 03

Un singur mijloc pentru combaterea gripei şi a răcelii!

Acitophosan

2 — 8 tablete pe zi.

SYNTHOESTRIN

Fiole şi tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4.4' Dipropionil - oxi - alfa beta - Dietil-Stilben.

Acţiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat.

In toate anemiile şi în reconvalescenţă

FERCUPAR

TABLETE

(Fer, cupru, ficat, vitamina B.)

La dureri

QUADRONAL

SIGUR * EFICACE * BINE TOLERAT

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop { Copii micii: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate { Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe. Doza maximă 8 pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. — Tel. 2.21.38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XX No. 7 — 15 Lei Exemplarul — 1 Aprilie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239 43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. I. NICOLAU: *Centrul de transfuzie al Facultăţii de Medicină din Iaşi* 97

Dr. ALEX. N. POPOVICI: *Tratamentul leziunilor de război pleuro-pulmonare* 99

Dr. ION FLORIAN: *Combaterea varicelor membrelor inferioare şi a complicaţiilor lor în câmpul muncii* 104

Dr. BORZA ST. ZENO: *Consideraţiuni asupra indicaţiunilor şi technicei de extracţie a corpilor străini de război* 106

Pagina

CRONICI

Dr. S. IRIMESCU: *Medicaţie individuală şi terapeutică colectivă* . 109

NECROLOG

Adalbert Czerny, de Dr. Horia Slohozianu 110

NOTE ŞI INFORMAŢII

Conferinţa dela Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale asupra problemei izolării şi depistării tuberculozei pulmonare; Un an de activitate al Colegiului medicilor; Şedinţa comisiunii centrale pentru combaterea mortalităţii infantile. 111

Pagina

Mişcare în corpul medical; Noul comitet al Societăţii de Obstetrică şi Ginecologie; Alegerea farmaciilor vacante de către candidaţii reuşiţi la examen; Repartizarea la spitale a studenţilor în medicină . . . 112

BIBLIOGRAFII

La hernie postérieure du menisque intervertébral. Hernie nucléaire postérieure, et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri şi 2 planşe, 40 fr.

Les explorations fonctionnelles par *Noël Fiessinger*. Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

Les hepatites, par *Maurice Loeper*, Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

PENTRU HEMOSTAZĂ

MANETOL

In hemoragii ale tractului gastro-intestinal, hemoptizii, hemoragii renale, vezicale, etc. Ca profilactic înainte de operaţiuni şi pentru prevenirea hemoragiilor postoperative.

AMBALAJE ORIGINALE:

Cutii cu 5 fiole Manetol de 1 cmc.
Cutii cu 25 fiole Manetol de 1 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3.92.86.

La dureri

QUADRONAL

SIGUR * EFICACE * BINE TOLERAT

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. ICNICĂ, 8
BUCUREȘTI

PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

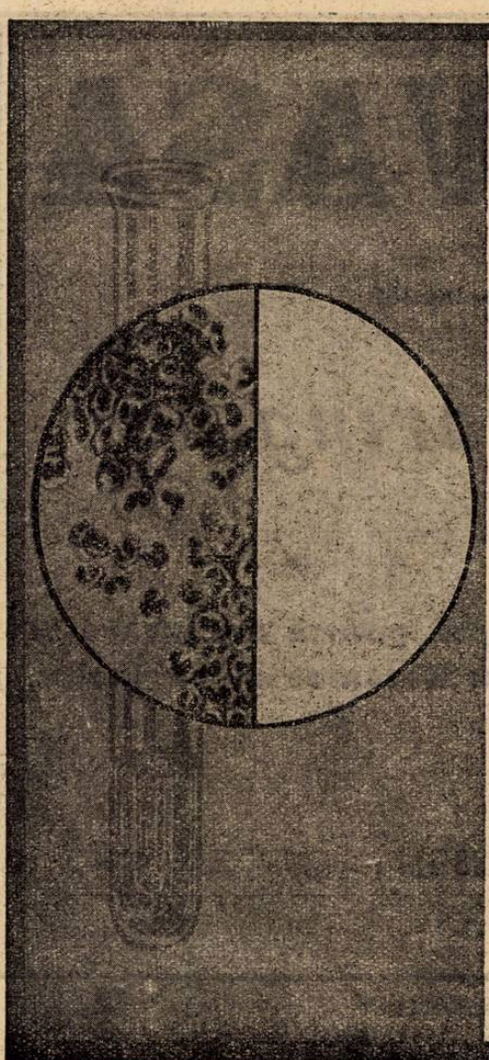
conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



ANTISEPTIC, URINAR ȘI GENERAL

NEOHEXAL

în toate procesele infecțioase ale căilor urinare,
precum și în gripe și răceli

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Repr. generală pentru România: «S. I. F.» s. a. r. Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel. 5.51.51

Pastile REVASA

(Fiecare pastilă conţine 3 mg.
Bis-2-metil-4 aminochinolil-6-carbamid hidrochlorid)

Desinfectant buco-faringian necolorant

ca profilactic împotriva tuturor infecţiunilor a căror poartă de intrare în organism sunt gura şi cavitatea faringiană. Pentru tratamentul anginelor.

Ambalaje cu 20 de pastile.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86

Anul XX No. 7 15 Lei Exemplarul 1 Aprilie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

CENTRUL DE TRANSFUZIE AL FACULTĂȚII DE MEDICINĂ DIN IAȘI

Organizare și funcționare

de Prof. Dr. I. NICOLAU

Centrul de transfuzie al Facultății de medicină dela Iași, a început să funcționeze la 5 Iulie 1941 și ese primul centru organizat în armata noastră.

Și-a luat ființă pentru a face față, la început, nevoilor de transfuzie ale spitalului militar Z. I. No. 285, instalat în Clinicele spitalului Sft. Spiridon. In scurtă vreme însă el a trebui să asigure nevoile de transfuzie ale tuturor spitalelor de răniți din Iași.

Organizare. Centrul Facultății de medicină dela Iași are două secții:

— o secție de laborator, instalată în localul Facultății, unde se fac toate examenele hematologice și serologice necesare precum și recoltarea sângelui conservat;

— o secție de transfuzie propriu zisă, instalată la spitalul Sft. Spiridon, care efectuează transfuziile.

Aceste secții au fost instalate, la început, cu material, aparate și instrumente împrumutate dela diferite laboratorii și clinici ale Facultății. Inzestrarea s'a complectat mai târziu cu material, pus la dispoziție, de Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Personalul centrului este format, în afară de subsemnatul, în întregime din medici femei, asistente la Facultatea de medicină ori la Institutul de Igienă din Iași.

* * *

Centrul și-a asigurat un depozit de donori, toți benevoli, format din: premilitari și ostași dela trupele sedentare în garnizoana Iași. In total un număr aproximativ 700 persoane.

Donorii cari se prezintă la centru, sunt examinați în prealabil la clinicele de medicină internă ale Facultății, din punct de vedere clinic și radiologic.

Cei găsiți sănătoși vin la secția de laborator a centrului unde li se face un examen hematologic complect (numărătoare de globule roșii și albe, hemoglobină, valoarea globulară, formula leucocitară, timpul de coagulare și sângerare, viteza de sedimentare, determinarea grupului sanguin, etc.) precum și un examen serologic (reacțiile B. W. Kahn-Standard, Citochol, Meinicke, de clarificare și Hecht). Se cercetează de asemeni malaria. Cu toate aceste rezultate clinice, radiologice, hematologice și serologice se alcătuește fișa donorului, în care se trece de asemeni, numele și pronumele donorului, vârsta, sexul, ocupația, adresa, indicații asupra stării venelor, etc. Fișa se păstrează în fișierul centrului, iar donorii la cari rezultatele tuturor acestor examene sunt bune, sunt chemați apoi, pe măsura nevoilor de transfuzie.

S'a făcut, ori de câte ori a fost posibil, transfuzii directe dela om la om.

Cum însă la Iași nu există un centru organizat mai de înainte, din timp de pace și cum pe de altă parte el trebuia să facă față nevoilor de transfuzie, ale tuturor spitalelor de răniți din oraș, la orice oră din zi sau noapte, am fost obligați să creem, încă dela început, depozite mai mult ori mai puțin mari de sânge conservat.

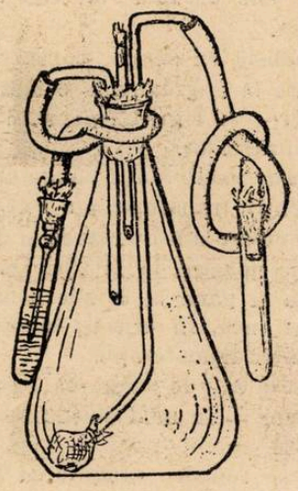
Avantagiile pe care le prezintă sângele conservat, după experiențele câștigate în războiul civil din Spania, în campania din Abisinia și în actualul război, nu le mai discută nimeni, iar în momentul de față, mai toate armatele au adoptat pentru timp de război, transfuzia de sânge conservat.

Avantagiul cel mai de seamă este că sângele conservat se poate avea oricând și ori unde la dispoziție.

La Centrul de transfuzie dela Iași, recoltarea sângelui conservat se face în baloane Erlenmeyer de o capacitate de 500 cm. c. In urma unor cercetări comparative, am adoptat ca stabilizator o soluție 4% de citrat de sodiu tribazic, în apă recent bidistilată și în procente de 10 cm. c., soluție pentru 100 cm. c., sânge.

Balonul Erlenmeyer este astupat cu un dop de vată, străbătut de trei tuburi de sticlă. Primul tub, în formă de V, are o ramură lungă, care pătrunde în balon și se oprește cam în treimea sa superioară și o ramură mai scurtă, exterioară, la care se adaptează un tub de cauciuc, de o lungime de aproape 25 cm. care se termină cu un ac. Prin acest tub se face recoltarea sângelui. Un al doilea tub de sticlă tot în formă de V, are și el o ramură mai lungă, care pătrunde în balon și ajungând în treimea inferioară, prezintă o curbă în unghi oblic, care o apropie de peretele exterior al balonului. Această curbură permite, în momentul transfuziei, golirea aproape complectă a balonului. La extremitatea acestei ramuri, se găsește o sită foarte fină de mătase.

Ramura exterioară este în legătură cu



F. 1

un tub de cauciuc, în lungime de aprox. tot 25 cm., care se va adapta la siringa sau la aparatul de transfuzie. Un al treilea tub de sticlă scurt, străbate numai grosimea dopului, iar la extremitatea sa superioară este astupat cu un mic dop de vată. Prin acest tub se asigură comunicarea interiorului balonului cu aerul exterior, ceia ce asigură o oxigenare permanentă și indispensabilă a sângelui conservat (vezi fig. No. 1).

In tot timpul recoltării balonului se agită ușor, pentru ca amestecul sângelui cu soluția de citrat de sodiu să se facă cât mai repede și mai bine, dar să se evite formarea de spumă. Se aplică o pensă pe tubul care a servit la recoltă, iar balonul este păstrat la ghețar timp de 24 ore. După aceia se scoate cu totul tubul de sticlă prin care s'a făcut recolta și prin orificiul rămas liber în dop, se extrage cu o pipetă sterilă aprox. 5 cm. c de sânge. O mică cantitate din acest sânge va servi pentru controlul bacteriolo-

gic, iar restul se pune într'o eprubetă sterilă şi va fi utilizat pentru proba de compatibilitate.

Orificiul rămas deschis în dop, este astupat cu o baghetă de sticlă, încălzită la roşu şi după aceïa întreg dopul este parafinat.

Se etichetează, iar eprubeta de sânge care poartă o etichetă identică, se fixează de balon.

Fiecare balon este însoţit de o fişă, care conţine două pagini. Pe una din ele se trec: numele donorului, data recoltării sângelui, grupa sanguină şi durata valabilităţii. Cealaltă pagină conţine un scurt chestionar, pe care îl complectează, după 24 ore, medicul şef al serviciului în care s'a făcut transfuzia, înscriind numele primitorului precum şi o serie de date privitoare la motivul pentru care s'a cerut transfuzia, cantitatea de sânge injectat, rezultatul şi eventual accidentele observate. Această fişă este înapoiată centrului odată cu balonul utilizat şi este anexată la fişa dosarului respectiv.

Baloanele cu sânge conservat sunt păstrate la frigidaire la o temperatură de 2 gr— + 4 gr. C., până în momentul utilizării lor.

Durata valabilităţii sângelui conservat, centru transfuzie, am fixat-o, după datele culese din literatură şi după cercetările noastre, la 14 zile. După acest termen şi până la 30 zile sângele este utilizat încă, în injecţii intramusculare, pentru hemoterapie.

Cantitatea de sânge care se ia dela un donor — în mod obişnuit — este de 250—300 cmc.

Nu se repetă sângerarea la acelaş donor, înainte de trei săptămâni dela data ultimei recolte şi numai după ce un nou examen hematologic complect, la care se adaugă numărătoarea reticulocitelor, arată o stare absolut normală a sângelui.

Funcţionare. Cererile de transfuzie sunt adresate de către spitalele respective serviciului de gardă al secţiei de transfuzie propriu zisă, fie prin ordine de serviciu speciale, imprimate, puse la dispoziţie de centru, fie prin apel telefonic. Se menţionează dacă este vorba de o transfuzie obicinuită, urgentă sau de mare urgenţă.

Transfuziile obicinuite se execută în cel mult trei-patru ore dela primirea apelului; cele urgente în cel mult o oră; cele de mare urgenţă în timpul just necesar, ca medicul transfuzor, care pleacă de îndată ce primeşte apelul, să ajungă la patul bolnavului.

Fiecare medic transfuzor, are la dispoziţie o trusă personală în care se găseşte, gata pregătit, tot ce este necesar pentru determinarea grupului sanguin, proba de compatibilitate, efectuarea transfuziei ori perfuziei şi în sfârşit o serie de medicamente pentru prevenirea sau tratarea accidentelor.

Centrul dela Iaşi funcţionează cu trei medici transfuzori, care asigură serviciul în timpul zilei şi fac de gardă, cu rândul, în timpul nopţii. Ei sunt obligaţi să redijeze, pentru fiecare transfuzie în parte, scurte procese-verbale, notând rezultatele şi mai cu deosebire incidentele şi accidentele observate.

Technica transfuziilor şi perfuziilor. Ajuns la patul bolnavului medicul transfuzor, are obligaţia să facă:

1. Determinarea grupului sanguin al primitorului;

2. Proba directă de compatibilitate Landsteiner-Jeanbreau (ser primitor + globule roşii donor şi ser donor + globule roşii primitor).

Pentru această din urmă probă, plasmă şi globule roşii dela donor, se găsesc în eprubeta care însoţeşte fiecare balon. In ce priveşte serul dela primitor, în cazurile urgente, ca să nu se piardă timp cu recolta şi centrifugarea sângelui, se procedează mai expeditiv, după technica recomandată de *Jeanneney şi Ringenbach, şi adică:* se primesc X picături de sânge, obţinut prin înţeparea degetului, în 1 cm. apă distilată. Acest sânge hemolizat serveşte drept ser de primitor. Se pune pe o lamă I picătură din acest sânge hemolizat plus 1 picătură soluţie 4% de citrat de sodiu + I picătură suspensie în apă fiziologică 5% de globule roşii de donor. Citirea se face ca orice probă Beth-Vincent. După efectuarea acestor probe se trece la transfuzie.

S'au utilizat în mod obişnuit numai sânge din grupul omolog, deoarece transfuziile făcute de grup O, aşa zis donor universal, expun, aşa cum reese din datele culese din literatura mai recentă, la multe şi grave riscuri. *Prof. Introzzi,* în raportul său foarte documentat prezentat la al doilea Congres internaţional al transfuziei, a insistat pe larg asupra primejdiei pe care o poate prezinta donorul universal. In capitolul III al Instrucţiilor din 1940 ale guvernului german, care reglementează organizarea serviciilor de transfuzie, se spune hotărît că sângele de donor universal nu trebueşte utilizat, în afară de grupul său propriu, decât numai în cazuri excepţionale.

Totuşi, în cazurile de extremă urgenţă, am transfuzat sânge de grup O., fără să se facă nici o determinare prealabilă şi nu am avut de înregistrat nici un accident.

Transfuziile s'au executat cu aparatul Dr. Marin Popescu şi mai rareori cu Henry Jouvelt. In trasfuziile de sânge conservat, balonul servea drept donor.

Am practicat în toate cazurile ceia ce s'a numit — impropriu credem noi — *proba biologică a lui Oehlecker.* Se ştie că această «probă», care nu este în realitate decât un vechiu şi cunoscut procedeu de desensibilizare, se execută în felul următor: se injectează 5 cmc. sânge într'un minut. Se opreşte transfuzia timp de 2—3 minute. Se reinjectează 10 cmc. sânge în timp de 2 minute.

Se face o nouă pauză de 2—3 minute. Se continuă apoi transfuzia în ritmul de 10 cmc. pe minut, ritm care după părerea noastră nu trebueşte accelerat.

Pentru perfuzie am utilizat dispozitivul recomandat de *Jeanneney şi Ringenbach,* cu mici modificări.

Dispozitivul este compus dintr'un tub de cauciuc, de o lungime de aproape de 50—60 cm. care are intercalat pe lungimea sa, un aparat picător de sticlă şi un aparat de filtrat prevăzut cu o fină sită de mătase, tot de sticlă, (vezi Fig. No. 2). Unul din capetele tubului de cauciuc este liber, celălalt are montat un ac de transfuzie obişnuit. Intre aparatul liber şi picător se găseşte o pensă Mohr. Tot dispozitivul este învelit în hârtie, pus într'o cutie de tinichea cu capac şi sterilizată. In momentul utilizării, se adaptează capătul liber al tubului de cauciuc la balonul de sânge conservat, se reglează cu pensa Mohr ritmul de curgere al sângelui prin numărul de picături care cad pe minut şi se puncţionează vena primitorului. In ce priveşte ritmul se perfuzează un cmc. pe minut.

Se injectează în general la o transfuzie cantităţi de sânge care nu sunt mai mari de 250—300 cmc. Ori de câte ori socotim că este nevoie să se transfuzeze cantităţi mai mari, se repetă injecţia de sânge în cursul aceleaşi zile, 1—2 ori, de data aceasta, de preferinţă, sub formă de perfuzie.

Accidentele observate. Printre accidentele imediate, menţionăm frissonul, pe care autorii francezi îl numesc «frisson de la 20-ème minute». In realitate el poate apare, cum am observat în nenumărate rânduri, chiar în timpul transfuziei, dela primii centimetri cubi de sânge transfuzat.

In statistica noastră, îl găsim în 22—2% din cazuri, procent destul de ridicat, dar mult mai scăzut totuşi de cât cifra medie pe care o găsim în literatură (36.3%). S'a pretins că frisonul şi în general accidentele de transfuzie s'ar observa mult mai deseori după sângele conservat, decât după sângele proaspăt. Cu toate acestea nici datele culese din literatură şi nici experienţa noastră proprie nu ne îndreptăţesc să fim de această părere. După *Introzzi* accidentele s'ar găsi în 63% din cazuri în transfuzia directă şi în 58% din ca-

La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid-picături

Flacoane à 10 gr.

Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

Noua etapă a terapeuticei sulfamidate

THIAZOMIDE

2090-R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI

Intrebuințarea Thiazomidei reduce numărul sulfamido-intoleranților și permite tratamente de scurtă durată cu posologii mai ridicate.

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.
Doza inițială zilnică: 4 la 8 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA-MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • VIIIe

Propaganda Medicală „SPECIA" Str. Anastasie Simu, 6 — București (III)

zuri în cea de sânge conservat. In ce ne priveşte, am observat nu prea rareori, la unul şi acelaş bolnav, că transfuzia directă a dat frisson în vreme ce acea de sânge conservat nu. In sfârşit în multe cazuri, am observat frisson chiar şi după injecţii intravenoase de apă fiziologică. In ceia ce priveşte intensitatea fenomenelor clinice: la început am observat accidente de un aspect mai sever, caracterizate prin frisson puternic însoţit de febră ridicată, stare de rău, greaţă şi uşoare vărsături. Dar de când, după indicaţiile Prof. *Jeanneney*, facem regulat primitorului injecţii prealabile de pantoponsparteină şi de când practicăm, în toate cazurile, proba Oehlecker, frecvenţa, dar mai cu deosebire intensitatea frisonului şi a celorlalte simptome care îl însoţesc, au diminuat foarte mult.

Frissonul după perfuzie este absolut excepţional.

Nu am observat în cursul transfuziilor ce s'au efectuat, nici un alt accident.

Activitatea Centrului. De la 5 Iulie 1941 şi până în prezent, Centrul de transfuzie al Facultăţii de Medicină dela Iaşi a executat:

50 transfuzii directe;

216 transfuzii de sânge conservat.

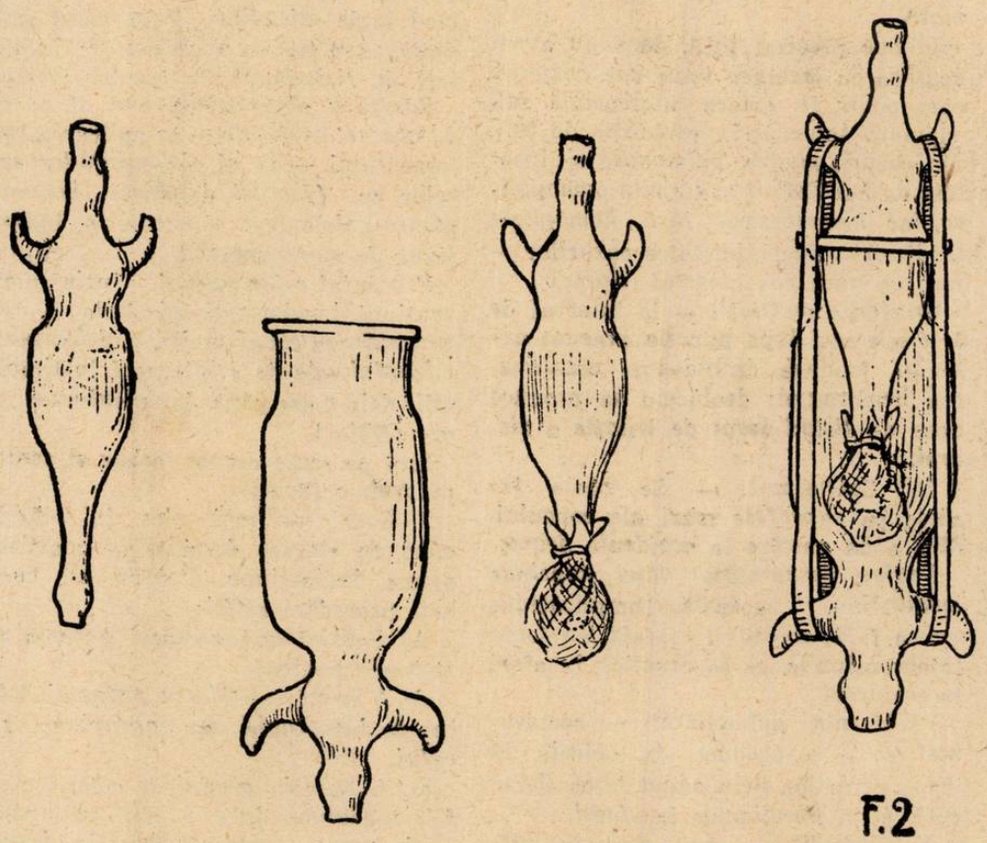
Ia afară de aceasta s'a făcut un mare număr de determinări de grupuri sanguine, probe directe de compatibilitate, examene hematologice, reacţii serologice pentru diagnosticul sifilisului, cercetarea malariei etc., atât la soldaţii români cât şi la cei germani.

Centrul a preparat în acelaş timp cantităţi însemnate de seruri test care i-au fost cerute de diferite spitale civile şi militare din Moldova şi Basarabia, precum şi de către medicii unor formaţiuni militare germane.

In sfârşit, cu titlul de experienţă, Centrul a trimes sânge conservat, în ampule de câte 250 cmc., la secţia unui spital militar din Roman, condus de către D-nul Conferenţiar Dr. *Iuliu Nitulescu*.

* * *

Cu organizarea ce şi-a dat şi cu numărul însemnat de donori benevoli pe care îi avea la dispoziţie, centrul de transfuzie dela Iaşi ar fi putut să-şi extindă activitatea şi să trimeată însemnate cantităţi de sânge conservat, la formaţiunile sanitare mai apropiate de front.



F.2

Avem informaţii sigure că trupele noastre au găsit depozite de sânge conservat ale armatei ruse, în cel puţin două localităţi: Făleşti şi la Bolgrad.

Mai ştim că la Făleşti s'a şi utilizat din acest sânge pentru câtiva răniţi de ai noştri.

Din împrejurări independente de voinţa şi de străduinţele noastre, centrul dela Iaşi nu a putut realiza acest lucru, care, suntem siguri, ar fi fost de mare folos răniţilor noştri.

Tratamentul leziunilor de război pleuro-pulmonare

de Dr. ALEXANDRU N. POPOVICI
Chirurg Primar

Tratamentul plăgilor de războiu pleuro-pulmonare, formează obiectul unui raport la Congresul de chirurgie militară dela Iaşi *(Prof. Iacobovici)*, iar într'una din şedinţele recente ale Soc. de Chirurgie din Bucureşti, această problemă a fost desbătută cu ocazia unor comunicări făcute asupra acestui subiect *(Prof. Hortolomei, Dr. Chipail, Dr. Roşu. Dr. Frâncu.)*

Fără îndoială că, *precizarea atitudinei terapeutice*, ce trebue avută în fata acestor leziuni, este de o *importanţă covârşitoare.*

Având cinstea să lucrez — în timpul asediului Odesei — în calitate de chirurg într'unul din spitalele înaintate de campanie din zona operativă, am crezut interesant să notez câteva observaţiuni culese cu această ocazie şi mai ales să subliniez *absoluta necesitate de a se fixa — dogmatic — atitudinea, pe care trebue să o aibă medicii din formaţiunile înaintate, faţă de plăgile pleuro-pulmonare.*

Nu am intenţia de a face considerente statistice şi nici de a prezenta problema sub aspectul pur teoretic, care este cunoscut tuturora. Deosebit de interesant consider însă, ca acest capitol de chirurgie de războiu să fie discutat *din punct de vedere practic!*

Chirurgia pulmonară — pentru a da rezultate optime — cere o technică specială şi un utilaj adequat, care nu se poate realiza în condiţiile de lucru ale formaţiunilor chirurgicale înaintate. Dacă, în *centre bine utilate* din zona interioară, *intervenţiuni mari* pe pleură şi plămân pot da *rezultate excelente, în spitalele de campanie însă*, aceleaşi intervenţiuni pot produce *dezastre!* Excepţiile — şi acestea trebuesc discutate dela caz la caz — confirmă întru totul această afirmaţiune.

Un îndreptar clar şi precis, asupra atitudinei ce trebue adoptată de *formaţiunile sanitare înaintate* — cari primesc răniţii în primele ore — *este de cea mai mare importanţă!*

Acest deziderat m'a determinat să notez reflexiunile de mai jos, cu atât mai mult cu cât, într'una din recentele şedinţe ale Soc. de Chirurgie din Bucureşti, voci autorizate au întărit prin autoritatea lor, acest fel de a vedea.

* * *

Gravitatea leziunilor pleuro-pulmonare de războiu este în deobşte *cunos-*

cută. O parte din acești răniți rămân morți pe câmpul de luptă, fie prin gravitatea leziunilor ce prezintă, fie prin imposibilitatea de a fi ridicați din cauza bombardamentelor intense sau a atacurilor repetate; o altă parte mor în timpul transportului.

Nu discut leziunile pleuro-pulmonare asociate cu leziuni ale celor lalte organe intratoracice sau situate în alte regiuni ale corpului, leziuni, care măresc — bine înțeles — procentul de gravitate.

* * *

Rănițiî pleuro-pulmonari se prezintă — *practic* — sub *două aspecte*:

a) Răniți așa zișî cu *«torace închis»*, având orificiul plăgii mic și închis. Aceste leziuni sunt produse, de obiceiu, prin glonte sau schije mici.

b) Rănițiî așa zișî cu *«torace deschis»*, prezentând o plagă mare, deschisă. Aceste răni produse prin schije de obuz, reprezintă procentul cel mai ridicat al plăgilor pleuro-pulmonare. Statisticele de război, arată predominența la torace a traumatismelor produse prin proectile de artilerie *(Gilorteanu)*.

Cari sunt *elementele*, ce determină *gravitatea* acestor leziuni, mai ales în cele cu «torace deschis», a căror frecvență și gravitate trebuesc subliniate în mod special?

Le voiu analiza succint, reliefând — pe cât îmi va fi posibil — *ceiace ce trebue știut și deci: ceiace trebue făcut* și mai ales *ceiace* nu *trebue făcut!*

I) **Șocul.** — In leziunile pleuro-pulmonare, în special în cele cu «torace deschis», șocul este *foarte puternic*, putând determina moartea.

Starea gravă de colaps — în care se găsesc acești răniți — ne impune *amânarea oricărei intervenții chirurgicale până după remontarea lor din starea de șoc.*

Chiar pentru simpla excizie și sutură a plăgii — în cazuri, care se însoțesc de o *stare gravă de șoc, — nu se va interveni, decât după un interval de 3 ore*, în care timp se va aplica intens tratamentul anti-șoc.

II). **Pneumotoraxul.** — In leziunile cu *«torace închis»* amenință să devină *sufocant.*

In celelalte leziuni cu *«torace deschis»*, turburările atât respiratorii cât și circulatorii, sunt produse mai ales prin așa numitul *«flutter mediastinal»*, care — din fericire — lipsește în mai mult de 50% din cazuri, deoarece acest procent reprezintă proporția individilor cari au un mediastin fix *(Sauerbruch)*.

Aceste leziuni sunt cele mai expuse *infecției.*

III) **Hemoragia.** — Constitue un factor de gravitate mare.

Se manifestă sub trei aspecte:

a) Hemoragia *externă* prin *plagă.*

b) Hemoragia *prin arborele traheobronșic: hemoptizia.*

c) Hemoragia *internă* — în *cavitatea pleurală:*

Hemotoraxul (aspectul cel mai frecvent).

Independent de forma sub care se prezintă *hemoragia pulmonară* — dacă nu este mortală dela început, — *foarte rare ori continuă*, deoarece *țesutul pulmonar își face singur hemostaza* prin puterea sa *retractilă* și prin *compresiunea* exercitată de *hemotorax. Persistența hemoragiei* în *cazuri excepționale*, denotă că plaga este situată în zona vaselor de *calibru mai mare.*

Trebue precizat însă, dacă nu avem deaface cu *leziunea unui vas parietal*, care poate fi: artera intercostală sau mamară internă: în proporție de 90% din cazuri, *plăgile pulmonare* se însoțesc de *hemoptizii* sau *spute hemoptoice*, iar *hemotoraxul fără hemoptizie* trădează — în majoritatea cazurilor — rănirea unui *vas parietal (Käfer).*

Creșterea matității — la interval de *3—4 zile* sau după puncția evacuatoare — nu traduce întotdeauna continuarea hemoragiei; deobiceiu se produce doar un *lichid seros de iritație a pleurei.*

IV) **Emfizemul.** — Se poate întinde pe *suprafețe* mari ale corpului, *fără* a da naștere la *accidente grave.*

Devine amenințător când cuprinde mediastinul; această complicațiune poate fi de multe ori fatală, cu toate intervențiunile, ce se practică în atari împrejurări.

V). **Hernia pulmonară.** — accident *mai rar* — se produce de obiceiu în urma rănirilor prin agent tăios (baionetă, etc.). Predispune la *sfacel.*

VI) **Infecția** — mai ales în plăgile cu *«torace deschis»* — poate fi *prevenită sau atenuată prin atitudinea ce o avem dela început.*

De obiceiu, complicațiunile septice nu consituesc un pericol imediat, dacă *se intervine în primele 6 ore (după Käfer: 12 ore)* și dacă se administrează *sulfamide*, în scop preventiv.

Aceste complicațiuni intră mai mult în preocupările chirurgilor din formațiunile sanitare dinapoi.

* * *

Este bine de a sublinia, tot acum, importanța *transportului*, acestor răniți, cari trebuesc considerați ca mari șocați, foarte sensibili la răcire și expuși ca zguduirile din timpul deplasării, să le mărească hemoragia și starea de șoc.

Ei trebuesc *transportați cu precădere* — ca și abdominalii — la *prima formațiune chirurgicală, unde li se va aplica tratamentul indicat și unde vor rămâne un interval de 8—15 zile sub observațiune*, înainte de a fi trimiși în spitalele din *zona interioară*, la cari trebuesc creiate *centre de specialitate*, pentru desăvârșirea tratamentului plăgilor pleuro-pulmonare.

S'a observat că *izolarea* acestor bolnavi și *liniștea* sunt elemente, cari contribue în mare măsură la îmbunătățirea stării lor, atât generale cât și locale.

* * *

Cunoscând aceste elemente — hotărâtoare în evoluția și prognosticul plăgilor pleuro-pulmonare — deducem în mod logic *atitudinea terapeutică imediată*, care trebue *neapărat* să fie dictată de *fizio-patologia* acestor leziuni.

Răniților pleuro-pulmonari li se va da *aceeași întâetate* — în aplicarea tratamentului — ca și *abdominalilor* sau celor cu *fracturi deschise: leziunea pleuro-pulmonară constitue o indicațiune de mare urgență.*

Procentul celor salvați — prin intervențiuni imediate și adequate — este *mai mare* ca cel al răniților *abdominali.*

Idealul este de a interveni în timpul util: dela *6 ore* până la *maximum 12 ore (Käfer).*

Iată pe scurt *ceeace trebue* și ceeace *nu trebue* făcut:

I) Șocul — mai ales în plăgile mari cu «torace deschis» — constitue prima indicațiune. Pentru a-l combate procedăm astfel:

A) **Controlăm tensiunea.** Aceasta ne servește pentru:

a). A urmări *scăderea progresivă* în caz de *hemoragie* sau *agravarea șocului.*

b). A aprecia *gradul de colaps.* Astfel: tensiunea de *9* — mai ales când scade brusc — este un semn de *alarmă (Bécart):* când scade *sub 7* arată o stare *foarte gravă: contraindicație absolută pentru orice intervenție!*

B) **Notăm temperatura:** când termometrul coboară *sub 36°* starea este foarte gravă *(Pârvulescu).*

C). **Izolăm, încălzim și stimulăm** rănitul prin toate mijloacele: pături, sticle calde (atențiune pentru a nu se produce arsuri la acești bolnavi cu sensiblitatea foarte scăzută). băuturi calde și alcoolizate, infuzii rectale de cafea, injecțiuni cu stricnină (tonic nervos) etc.

D). **Suprimăm durerea și dispneea** prin injecțiuni calmante de: *morfină, pantopon* sau *dilaudid.* Se știe că *durerea* este un *element generator de șoc.*

E). **Ridicăm masa sanghină circulantă** prin injecțiuni subcutanate sau

DOLANTIN

Substanţa sintetică unitară fără alcaloizi cu acţiune spasmolitică vastă şi efect analgezic puternic, fără acţiune hipnotică accesorie.

Fiole, tablete, supozitoare.

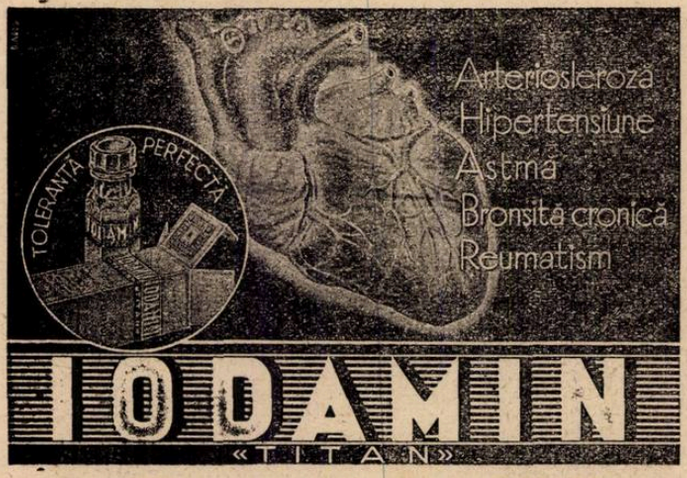
»Bayer« BAYER Leverkusen

Reprezentanţa generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. Bucureşti I, Str. Brezoianu 53

Hepafer

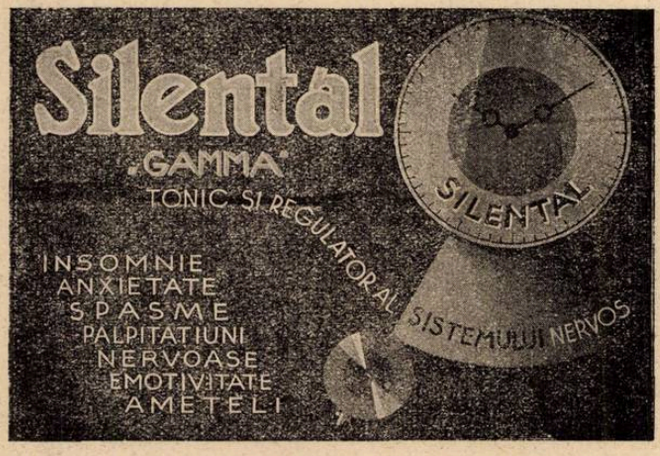
PRINCIPIUL ANTIANEMIC AL FICATULUI

ELIXIR pt. ADULȚI
SIROP pt. COPII
FIOLE INJECTABILE



IODAMIN
«TITAN»

Fiole. Picături.



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

intravenoase cu *ser fiziologic* (de preferat adrenalinat) în cantităţi mari: *1-3 litri*. In felul acesta se combate *staza sanghină periferică* şi *transudaţia* de lich de în ţesuturi, produse prin *capilaroplegia* determinată de starea gravă de colaps vascular, care se produce în stările de şoc.

F). **Combatem anemia şi hemoragia mare** (şocul hemoragic) prin:

a) *Substanţe hemostatice*- calciu, clauden, manetol, sango-stop, etc.

b) *Transfuzie* cu sânge *proaspăt* sau *conservat* (cel mai de folos în formaţiunile înaintate); transfuzia, făcută în urma unei hemograme şi dacă este posibil a dozării de hemoglobină. Cantitatea de sânge transfuzat va fi dela 100-300 cc. suficientă, pentru a fi: *tonică. hemostatică* şi a *înlocui sângele circulant*, din care o parte *stagnează* în reţeaua vasculară periferică: Hemoragia în propriile sale vase!

G). **Luptăm contra hipotensiunii**, ridicând *tonusul vascular* prin substanţe cu acţiune asupra sistemului vegetativ, cari se pot împărţi în mai multe categorii:

a). *Analeptice cu acţiune centrală: Coramina şi Cardiazolul* (obligator în armata germană). Aceste substanţe sunt şi analeptice respiratorii.

b). *Analeptice vasculare* — cu acţiune periferică vasculară — de tipul *efedrinei* şi *veritolului*. Aceste substanţe au efecte mai bune deoarece:

1). *Acţiunea* lor este *prelungită*,

2). *Nu măresc hemoragia*,

3). *Ridică tonusul* vascular, prin vazoconstricţie periferică şi

4). *Măresc atât circulaţia de întoarcere cât şi debitul cardiac*.

c). *Analeptice cu acţiune combinată* (centrală şi periferică): *Pressilul* (în armata franceză), *Icoralul* (armata germană) şi *Veriazolul*. Această subtanţă din urmă este o asociaţie a analeptic ului cardio-respirator central: cardiozolul cu analepticul periferic: veritolul. Personal ne-a dat *rezultate excelente*, obţinând efecte salutare în cazuri foarte grave (injectat intravenos).

d). *Substanţe cu acţiune vagolitică* de tipul *atropinei*, cari sunt întrebuinţate mai ales de englezi.

e) *Substanţe endocrine:* Cortina *(Varangot)* extrasă din substanţa corticală a glandei supra-renale cu acţiune importantă în *regularea volumului sanghin (Swingle)*, care este diminuat prin stagnare periferică, în stările de şoc. Preparatele (*Cortigenul, Cortenilul, Lipocortenul* etc.) se administrează:

1). *Singure* (întărind acţiunea analepticelor).

2). *Asociate* fie cu *ser fiziologic adrenalinat* (Porumbaru) fie cu tranfuzie (Bretenfellner, Herbst etc).

La acestea se va adăuga — ori de câte ori va fi posibil — acţiunea anolepticului german *Pervitin* (1 Phenyl — 2 Methylamino — propan-hydrocloric), cu acţiune tonică vasculară *foarte puternică* şi mai ales de lungă *durată*.

H). **Administrăm oxigen** şocatului, prin inhalaţiuni sau injecţiuni, pentru a combate *scăderea oxigenului în sângele arterial (Verne, Binet*, etc.).

H). **Excităm centrul respirator şi vazomotor** prin *Carbogen* (amestec de oxigen, în proporţie de 93% şi bioxid de carbon: 7%), care nu trebue să lipsească dela nici un spital de campanie.

Se va ţine seama că în *stările grave de şoc rezorbţia medicamentelor este mult diminuată*, atât pe calea subcutanată cât şi pe cea intravenoasă, din cauza stagnării periferice şi a jenei în circulaţia de întoarcere (venele sunt colabate). Deaceea *se va repeta administrarea lor* până la obţinerea unui rezultat bun.

In cazuri *disperate, Prof. Danielopol* recomandă metoda Domniei Sale, cunoscută sub numele de injecţie intracardiacă cu *atradrenostrofantină*: 1 cmc. din soluţia de atropină 5%+1 cmc. din soluţia de strofantină sau ouabaină 1%+2 cmc. din soluţia de adrenalină 1 0/00, la care se adaugă respiraţia artificială şi — dacă este posibil — masagiul inimei.

Combaterea şocului va fi susţinută până la *remontarea rănitului*, care va putea suporta astfel, intervenţia chirurgicală, în condiţii bune. Criteriile principale, cari indică această evoluţie în bine sunt:

a) *Creşterea tensiunii arteriale:* nu se va *interveni sub 10*.

b). *Imbunătăţirea pulsului* — în ceace priveşte frecvenţa şi tensiunea — precum şi *a circulaţiei venoase:* venele — colabate în stările de şoc — devin vizibile, palpabile, turgescente (când se aplică ligatura elastică).

c). *Ameliorarea stării generale*, încălzirea extremităţilor.

d). *Revenirea la normal a temperaturii*.

* * *

Tratamentul propriu zis al plăgilor pleuro-pulmonare — atât medical cât şi chirurgical — va fi *dictat de leziune*. după cum urmează:

I). **Pneumotoraxul.** — Practic sunt *două situaţii:* pneumotorax cu «torace închis» sau cu «torace deschis».

A). **Pneumotorax cu «torace închis».** In acest caz ne găsim în faţa următoarelor eventualităţi-

a). *Orificiul este foarte mic (practic închis), iar pneumotoraxul redus sau moderat.* Ce facem?

1). *Calmăm durerea şi dispneea* (pantopon, morfină, dilaudid).

2). *Instituim tratamentul hemostatic* (substanţe coagulante, transfuzie).

3). Administrăm sulfamide (Dagenan Eleudron, etc.), *armă terapeutică de mare valoare cu* caracter *preventiv*.

4). *Izolăm* rănitul *culcat, semi-şezând* în cameră *încălzită* şi *aerată*, nutrindu-l *substanţial* (vitamine).

5). In sfârşit îl ţinem sub strictă *supraveghere:* hemoragie, pneumotorax, emfizem, hernie pulmonară, infecţie.

b). *Orificiul este mic, dar neregulat cu traumatopnee mai mult sau mai puţin accentuată*. In această situaţie:

2). Aplicăm *tratamentul de mai sus*.

2). *Tratăm plaga parietală*. după toate regulele clasice ale chirurgiei de război: *excizie*, şi *sutură* pentru a *închide pneumo-toraxul*.

3). *Drenajul* minim se va institui dacă s'a depăşit termenul de 6 ore sau plaga are un aspect murdar.

c). *Pneumotoraxul devine sufocant*. In acest caz:

1). *Aspirăm* cu o siringă aerul sau,

2). Dacă este *ameninţător*, practicăm o *pleurotomie* minimă fie cu tub-supapă sau cu sonda Pezzer.

* * *

B). **Pneumotorax cu «torace deschis».** In această eventualitate, excepţional de gravă, *prima şi cea mai importantă indicaţiune* este de a *transforma toracele deschis în torace închis*, pentru motivele următoare:

a). Suprimăm *neajunsurile pneumotoraxului* brutal şi masiv,

b). *Impiedicăm «flutter»*-ul mediastinal,

c). Prevenim *infecţia*.

Ce nu trebue să facem? Să fim *cât mai economici cu intervenţiunile pe plămân* şi anume:

a). **Să nu se caute a se extrage corpii străini sub nici un motiv** deoarece:

1). Sunt foarte bine *toleraţi* de plămân; dacă jenează se extrag ulterior, după o reperare precisă, în condiţii bune atât technice cât şi din punct de vedere al rezistenţei bolnavului.

2). *Supuraţia* ca şi *aderenţele* pleurale secundare, favorizează extragerea lor.

A interveni în primele ore — pentru extragerea corpilor străini intrapulmonari — înseamnă a mări şocul, a expune la hemoragii şi supuraţii grave *fără de nici un folos*.

Excepţional, se vor extrage, când în timpul tratării plăgii:

1). Sunt *vizibili* pe suprafaţa plămânului şi deci accesibili.

2). Când *aderenţe* vechi pleurale *fixează plămânul* la perete şi schijele sunt *uşor de extras*, fără a produce delabrări inutile ale ţestului pulmonar.

b). **Să nu se sutureze plămânul**, deoarece:

1). *Prelungind* actul operator mărim inutil *şocul* ca şi *traumatismul*, iar

2). *Hemostaza plămânului* — în marea majoritate a cazurilor — se produce *spontan*.

Excepţional — ca şi în cazul corpilor străini — sutura se impune, cu toate riscurile, când *hemoragia se repetă* şi aceste cazuri sunt *foarte rare*. Pe o serie întreagă de răniţi, unde s'a adoptat *atitudinea intervenţionistă, nelogică*, rezultatul a fost *dezastruos*. Moartea s'a produs într'un interval de câteva zile prin: *supuraţii mari, asfixie, insuficienţă cardiacă* sau *caşexie* progresivă.

Ce trebue să facem? *Să transformăm cu orice preţ — pneumotoraxul deschis în pneumotorax închis.* Pentru aceasta:

a). *Primul pansament* făcut la postul de ajutor să fie *perfect ocluziv*. *Käfer* recomandă ca primul strat să fie menţinut cu benzi adezive, iar pe deasupra să se aplice un nou strat gros de vată, menţinut cu o faşe foarte strânsă.

b). *Transportul* să se facă:

1). *Rapid* — la prima formaţiune chirurgicală, unde se va aplica tratamentul chirurgical.

2). *Autosanitarele bine suspendate* să permită transportul acestor răniţi *culcaţi* şi *bine înveliţi*.

3). La *ambulanţa divizionară* — formaţiune mobilă — *nu se va desface pansamentul* inutil pentru a evita pe de o parte durerile iar pe de alta, întârzierea transportului spre spitalul de campanie. *Cel mult* se va face — după caz — o injecţie *calmantă, hemostatică* sau *tonicardiacă*.

c). *Intervenţiunea chirurgicală* va urmări două scopuri: a). *Tratarea plăgii* şi b). *Transformarea toracelui «deschis» în torace «închis»*.

Pentru aceasta:

1). Se va face **excizia** şi **toaleta** îngrijită a plăgii, îndepărtând corpii străini, eschilele osoase etc.

2). Se va controla **sursa hemoragiei**, dacă nu provine dela un *vas parietal* şi se va face *hemostaza în plagă*.

3). Închiderea **breşei toracice**, se va efectua prin orice mijloc vom putea. Astfel:

a). Sutura buzelor plăgii, când este posibil.

b). Alunecarea de lambouri, cutaneo-musculare din vecinătate.

c). Freno-pexia parietală, dacă plaga este situată la baza toracelui şi este posibilă.

d). Pneumopexia — în unele cazuri — mai ales când plaga este situată în 1/3 mijlocie sau superioară a toracelui.

e). Drenaj «à la Miculicz», când nu se poate aplica niciunul din procedeele de mai sus, sau se constată a început de **infecţie** (în special după 12 ore). Acest drenaj prezintă următoarele avantaje:

x). *Micşorează pneumotoraxul*,

y). *Fixează mediastinul* şi

z). *Drenează*.

4). **Drenajul plăgii parietale** poate fi *evitat* în cazurile când putem opera la un *interval mai mic de 6 ore (Käfer* admite până la 12 ore) şi când *plaga* are *aspectul curat*. In *dubiu*, este bine să se institue un *drenaj minim* la unul din colţurile plăgii prin:

a) Meşe de tifon subţire *fără tamponare*.

b). Lamă de cauciuc,

c). Tub de cauciuc, subţire sau

d). Drenaj filiform cu setolină.

5). Când **pneumotoraxul este masiv** însoţit de o puternică traumatopnee procedăm în felul următor:

x). Instituim — dacă avem posibilităţi — o **uşoară hiperpresiune** (12), în momentul când închidem plaga parietală toracică (se poate improviza cu o bombă de oxigen, dacă nu avem un aparat mic de hiperpresiune cum ar fi de tipul «Dräger»).

y). **Extragem aerul** cu siringa, după închiderea plăgii, sau

z). Facem **pleurotomie** minimă şi **drenaj** cu tub. De cele mai multe ori — în cazurile cu «torace deschis» — turburările pneumotoraxului se amendează după închiderea breşei toracice.

d). Adăugăm — bine înţeles — *tratamentul adjuvant*, analgezic, hemostatic, antiinfecţios, etc.

II). **Hemoragia.** — Atitudinea va fi dictată de aspectul sub care se prezintă:

A). **Hemoragie externă prin plagă.** In acest caz:

1-. Dacă sursa este un vas parietal, topografia ne va informa care este vasul lezat:

a). *Artera mamară*, ale cărei capete vor fi legate separat, sau

b). *Artera intercostală*, ale cărei capete se retractează foarte mult. In acest caz se recomandă (Käfer) a se trece la 2 cm. distanţă de orificiul plăgii un fir de catgut, care traversează prin musculatură, două spaţii intercostale în jurul coastei: strângându-l puternic, se produce compresiunea arterei pe planul osos şi consecutiv hemostaza.

2). Dacă sângele provine din **revărsatul pleural**, tratamentul este cel al hemotoraxului.

B). **Hemoptizia** va fi tratată prin mijloace medicale şi anume:

1). Opiacee, pentru a micşora dispneea şi

2). **Hemostatice.**

Deobiceiu, cedează în câteva zile.

C). **Hemotoraxul** este forma cea mai frecventă sub care se prezintă hemoragia, în plăgile penetrante pleuro-pulmonare. Atitudinea de adoptat în atare împrejurare, va consta în următoarele:

a). *Calmarea durerii* şi a *dispneii*, pentru a pune în repaos plămânul, prin mijloacele deja citate.

b). *Instituirea medicaţiei hemostatice* prin substanţe coagulante sau transfuzie.

Punctia evacuatoare — în primele ore sau zile — urmată de *introducere de aer* în pleură *nu* o cred *indicată* deoarece:

1). Poate *mări hemoragia* «ex vacuo»,

2). Predispune la *infectarea* hemotoraxului.

c). **Expectativa armată**, în care timp vom supraveghea dacă hemoragia se repetă sau se ivesc semne, cari să trădeze infecţia secundară. Mijloacele ce le avem sunt:

1). Urmărirea simptomelor, cari trădează o hemoragie internă: *paloare sete, agitaţie*.

2). Evoluţia: *pulsului, tensiunei* şi a *dispneei*.

3). *Mărirea matităţii în primele ore sau zile* (mai târziu intervine lichidul de iritaţie al pleurei).

4). *Hemograma completă* (albe şi roşii) urmărită în serie; dozarea hemoglobinei.

5). *Punctia exploratrice*, care ne dă următoarele informaţii:

x). *Coagularea* sângelui extras, trădează prezenţa de sânge *proaspăt*, iar

y) Examenul bacteriologic pozitiv depistează *infecţia* secundară.

6). *Radioscopia* — dacă este posibil — ne va da indicaţiuni asupra *evoluţiei hemotoraxului* (cantitate, evoluţie, închistare etc.).

Intervenţia chirurgicală se va adresa *plăgii parietale* şi anume va consta din *excizie, eschilectomie, hemostază* şi *sutură* (cu sau fără drenaj după vechimea şi aspectul plăgii).

Sutura plămânului — în scop hemostatic — se va face în *cazuri excepţionale*, când ni se forţează mâna: *principala şi singura indicaţiune* o *constitue: continuarea hemoragiei* (sau *recidiva tardivă*) care devine ameninţătoare, cu toate mijloacele medicale întrebuinţate pentru a o stăpâni. Şi în acest caz, trebue neapărat ca bolnavul să fie remontat din starea de şoc şi să ne găsim în condiţii cât mai bune din punct de vedere technic.

Deasemeni, eventualitatea unei plăgi uşor accesibile, situată pe un plămân fixat prin aderenţe anterioare pleurale, uşurează mult această operaţiune gravă

In marea majoritate a cazurilor însă, hemoragia se opreşte, afară de împrejurarea când sunt lezate vase de calibru mai mare. In orice caz, *prognosticul* este foarte *rezervat* când suntem obligaţi *a sutura precoce plămânul (Baudet, Stuckey, Lenormant* etc.).

e). **Punctia evacuatoare** a hemotoraxului (care ne va servi să urmărim

AUXO — BENZOTERAPIA PULMONARA

Benzocalcium

INDICAŢIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice
Infecţiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE: 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.
Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

«FARMAOLT» S. A. — BUCUREŞTI Calea Griviţei No. 67, Tel. 4.98.08

Gripa-
JU Ă
ANT

Noi medicii suntem de acord,

că preparatele speciale ale firmei E. MERCK merită încrederea noastră deplină. Din punct de vedere farmacologic și clinic sunt cercetate foarte conștiincios, iar acțiunea lor este sigură.

E Merck

FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE — DARMSTADT

FONDATA IN 1827

și eventualitatea apariției unei complicațiuni septice) nu se va face decât, *începând dela a 3-a—5-a zi*. Cantitatea extrasă într'o ședință va fi de 100-300 cc., pentru a decomprima și ușura rezorbția care — după unele observațiuni — ar fi accelerată în acest fel.

III). **Emfizemul**, va fi supraveghiat:

a). Dacă se **extinde** și produce **jenă respiratorie** se vor face *incizii liberatoare*?

b). Dacă se propagă la **mediastin** se va interveni prin:

1). Incizie *suprasternală* sau

2). *Pleurotomie* minimă cu drenaj.

IV). **Hernia pulmonară.** — In acest caz:

a). Se va **reduce** și se va sutura plaga parietală.

b). Când porțiunea herniată prezintă o plagă întinsă se va face **excizia** cu ligatură la bază.

V). **Infecția** pornită fie din plaga parietală, fie din cea pulmonară, găsește un mediu favorabil de desvoltare în revărsatul sanghin intrapleural.

Tratamentul acestei complicațiuni va fi:

A). **Preventiv** prin:

a). *Toaleta îngrijită a plăgii* și *închiderea cât mai rapidă a breșei toracice* (6 ore până la 12 ore după Käfer).

b). *Sulfamidoterapie* (Dagenan, Eleudron etc.).

c). *Seroterapie antigangrenoasă* (bine înțeles pe lângă cea antitetanică) în cazurile de plăgi *anfractuoase*.

d). *Drenajul plăgii* când au trecut mai mult de 6 ore sau are aspect murdar.

e) *Evitarea* absolută a *suturii pulmonare* sau a *extragerii corpilor* străini intrapulmonari.

B). **Curativ** și anume:

a). *Expectativa armată*, când în lichid se găsesc *pneumococi*. In acest caz:

1). Se vor face *puncții evacuatoare* (luând toate măsurile de asepsie) și

2). Se vor administra *sulfamide* (general și local).

b). *Pleurotomia*, când în lichid se constată o *floră variată* (streptococ, stafilococ, anaerobi), când lichidul cu pneumococi *se reface* și se *infectează secundar* sau când *starea generală este alterată*. Pleurotomia se va face cu *drenaj închis* ținând seama de următoarele indicațiuni:

1). Se practică *întotdeauna rezecția minimă de coastă*, deoarece, fără această rezecție osoasă, tubul de dren trecut prin spațiul intercostal:

x). Se poate *îndoi* pe coastă sau,

y). Poate da naștere la *nevralgii* prin compresiunea nervului intercostal.

2). *Drenajul* se va face cu *sonda Pezzer* (metodă preconizată de *Rovsing* (1910), *Iselin* (1916) și la noi de *Prof. Dr. Hortolomei*.

3). *Punctul decliv* va fi reperat — dacă este posibil — sub ecran, prin injecție de *aer* și *lipiodol*, după procedeul *Ameuille:* pata de lipiodol, ne indică locul unde trebue stabilit orificiul de drenaj.

* * *

Nu trebuesc neglijate nici *complicațiunile congestive* ale țesutului pulmonar, cunoscute sub numele de *pneumonii traumatice* omo — sau heterolaterale. Vor fi prevenite sau tratate prin mijloace cunoscute: revulsive, oxigenoterapie, auto-hemoterapie, expectorante, injecțiuni de tipul: chinaeter sau transpulmin, tonicardiace etc.

* * *

Spitalizarea va dura *8-15 zile*, până ce rănitul va trece pericolul cel mare. Atunci, poate fi transportat în zona interioară cât mai rapid, în condiții bune și sub supraveghere medicală prin:

a). *Vehicule motorizate*, bine suspendate,

b). *Trenuri sanitare*, rapide sau

c). *Avioane*, șburând la înălțimi mici: pentru pleuro-pulmonari se recomandă înălțimea maximum de 500 m.

In **Zona Interioară** trebuesc *neapărat* create *centre specializate de chirurgie pleuro-pulmonară*, cari vor îndeplini anumite condițiuni:

a). **Posibilitatea de** *a izola* **rănitii** pulmonari, fiind cunoscută influența bună, pe care o exercită această izolare — făcută în condiții optime — asupra evoluției în bine a plăgilor pleuro-pulmonare.

b). *Colaborarea medico-chirurgicală;* atât chirurgii cât și medicii interniști având la dispoziție tot *utilajul adequat* chirurgical, radiologic și de laborator.

c). *In aceste centre:*

1). Se pot repera și *extrage* corpii străini în condiții optime,

2). Se pot face *suturi pulmonare*, dictate de împrejurări.

3). Se tratează diferitele *complicațiuni* și *sequele*.

In felul acesta se va reduce la maximum procentul atât al mortalității cât și al invalidității, produse de rănirile pleuro-pulmonare.

* * *

Concluzii. In concluzii îmi iau permisiunea de a face următoarele propuneri:

I). **Să se publice un îndreptar al chirurgiei pleuro-pulmonare**, pentru medicii din *formațiunile chirurgicale înaintate*, în care se vor formula — *practic* — următoarele directive, ce trebue să conducă tratamentul imediat al rănitilor pleuro-pulmonari:

a). *Primul pansament* să fie *ocluziv*,

b). *Transportul dela front* efectuat *rapid* la *formațiunea fixă chirurgicală înaintată*, unde se va aplica *tratamentul* și se va ține rănitul sub *observațiune* (8-15 zile); In speță: *spitalul de campanie*.

c) *Nu se va interveni la ambulanța divizionară*, care este o formație *mobilă*.

d). Se va da *precădere* acestor răniți la triajul, ce se face pentru a stabili ordinea la operațiuni, considerând *plaga pleuro-pulmonară* ca o *indicație de urgență*.

e). In aplicarea *tratamentului* se va ține seama de următoarele:

A). *Nu se va face:*

1). **Sutura pulmonară** pentru *hemostază* decât în cazuri foarte rare când *hemoragia se repetă și devine amenințătoare*, și

2). **Extragerea corpilor străini** *intrapulmonari*.

B). *Se va face:*

1). **Tratamentul pentru combaterea șocului** prin:

a). *Analeptice* vasculare: veritol, veriazol, cardiazol, icoral, pervitin etc.

b). Extracte de *substanță corticală* suprarenală,

c). *Ser fiziologic* (cantitate mare) și *transfuzie*.

3). **Calmarea** durerii și a dispneii (morfină- pantopon, dilaudid).

3). **Hemostaza** prin:

a) Substanțe *coagulante* (calciu, clauden, manetol etc.), și

b) *Transfuzie de sânge proaspăt sau conservat* (de preferat pe **front**).

4). **Sulfamidoterapie** (eventual **ser antigangrenos**).

4). **Izolare** și **supraveghere:** hemoragia, emfizemul, pneumotoraxul sufocant, infecția, etc.

6). **Excizia** și **sutura plăgii parietale** cu transformarea unui *pneumotorax deschis* în *pneumotorax închis*.

7). **Reducerea herniei** pulmonare (**sau** excizia în caz de zdrobire).

8). **Combaterea emfizemului prin** *incizii* liberatoare sau *pleurotomie*.

9). **Puncția hemotoraxului** — începând dela a 3-a—5-a zi, în cantitate de 100-300 cc. pentru:

a). a ușura *rezorbția* și

b). a controla *evoluția* (infecție secundară).

10). **Pleurotomia cu drenaj închis** prin *sonda Pezzer*, în caz de *pio-torax* (Puncții, sulfamidoterapie și *expectativa armată*, în caz de lichid infectat cu *pneumococ)*.

II. **Transportul spre zona interioară**, — efecuat după un interval de 8—15 zile — cu mijloace *rapide, bine suspendate* —, *încălzite*, sub *control medical*, permițând transportul rănitilor *culcați*, prin: autovehicule, trenuri sanitare sau avioane (șburând la înălțimi de 500 m.)

III). **Inzestrarea neapărată a spitalelor de campanie** cu:

a). un mic *laborator* pentru examene curente citologice și bacteriologice,

b). *Centru de tranfuzie* organizat din vreme cu donneuri din formaţie sau — de preferat — având la dispoziţie *sânge conservat.*

c). *Substanţe medicamentoase* şi anume:

1). *Analeptice* vasculare (veritol, veriazol, pervitin, cortigen etc.,)

2). *Sulfamide* (Dagenan, Eleudron etc.,)

3) *Hemostatice şi calmante* (opiacee).

4). Între anestezice: *evipanul sodic*, care ne-a dat anestezii foarte bune în doze mici la aceşti bolnavi epuizaţi şi şocaţi.

d). *Oxigen şi Carbogen* (foarte folositor un aparat de hiperpresiune de tip mic «Dräger»).

e). *Aparat portativ de radiologie şi aparat de tensiune*. Credem că este absolut *necesar* ca pe lângă orice spital de campanie să fie ataşat un *medic radiolog* şi un *medic internist*, care va dubla pe chirurg şi, va face examenele curente de laborator şi va organiza transfuzia; sonde Pezzer.

Deasemeni, în organizaţia unui spital de campanie mai trebuesc luate în consideraţie următoarele:

a). *Sala de operaţie* — de cele mai multe ori improvizată — să fie *încălzită* (factor foarte important pentru reuşita operaţiilor pleuro-pulmonare) şi să aibe la dispoziţie neapărat un *grup electrogen*, care să asigure un bun luminat.

b). *Camerele*, unde vor fi internaţi pulmonarii să fie *izolate, liniştite, aerate* şi *încălzite* (dacă atmosfera este rece). Insfârşit:

IV). **Crearea** — în zona interioară — **a centrelor de specialitate pentru chirurgia pleuro-pulmonară.** Aceste centre sunt de cea mai *mare importanţă* pentru desăvârşirea tratamentului.

* * *

Tactica operatorie — *în chirurgia pleuro-pulmonară* — este încadrată într'un *număr de legi, ridicate la rang de dogmă*, legi, verificate atât prin experienţa războiului trecut, cât şi prin a celui actual.

Fără îndoială, că situaţiile în care se prezintă răniţii de război pleuro-pulmonari sunt foarte variate. *Revine chirurgului* — chemat să ia o hotărâre — *ca să aleagă calea cea mai bună, fără însă, a se abate dela principiile mari ale chirurgiei pleuro-pulmonare*, principii isvorâte atât din studiul anatomo-patologic, cât şi fiziopatologic al leziunii.

In felul acesta, vom avea *conştiinţa împăcată* de a ne fi făcut pe deplin datoria faţă de cei *ce-şi sacrifică cel mai de preţ dar al naturii: viaţa*, dăruită total *în slujba celui mai înalt ideal: neamul.*

Combaterea varicelor membrelor inferioare şi a complicaţiilor lor în câmpul muncii

de Dr. ION FLORIAN

Varicele şi complicaţiunile lor reprezintă o problemă de terapeutică cu importanţă socială întrucât sunt destul de frequentate la cei din clasa muncitoare, cărora le reduce randamentul şi împovărează bugetul lor şi al instituţiilor prin îndelungatele îngrijiri ce necesită şi care de altfel nu dau rezultatele dorite.

Ca să avem un mijloc de apreciere a întinderii acestui rău, voi da mai jos câteva cifre statistice luate pe 5 ani în urmă, din tabloul de statistică generală a bolnavilor şi concediilor de la C. F. R.

Desigur aci nu sunt cuprinşi toţi varicoşii, ci numai acei care au avut turburări funcţionale sau complicaţii care i-au silit să se consulte.

Astfel găsim:

In 1935: 800 cazuri cu 2438 zile concediu sau 3 0/00 din totalul zilelor de concediu acordate pentru toate bolile dintr'un an.

In 1936: 1222 cazuri cu 2934 zile concediu şi coeficient de 4 0/00.

In 1937: 1440 cazuri cu 3972 zile concediu şi coeficient de 5,4 0/00.

In 1938: 1535 cazuri cu 3784 zile concediu şi coeficent de 5,4 0/00.

In sfârşit în 1939: 1828 de varicoşi cu 2614 zile de concediu, coeficient 2,8 0/00.

Constatăm aşa dar că morbiditatea este apreciabilă şi în progresiune şi impedimentul instituţiei este important pentrucă totalizează un mare număr de zile de concediu plătite, pe lângă costul tratamentelor, a internărilor, a medicamentelor, a ciorapilor elastici, etc.

Ce măsuri preconizăm?

I. — Cele profilactice sunt în strânsă legătură cu principiile de higiena individuală şi socială. Varicele constituesc o boală de teren. Joacă un rol proponderent, genotipul individului, căci varicele se transmit pe cale ereditară cu caracter dominant la eterozigoţi. *Pende* a schiţat un biotip al varicosului, în general brahitip, astenic, ipoplastic cu tendinţa hipertensiunea venoasă constituţională, acrocianoză şi ectazii venoase.

Profesia are un rol localizator important deoarece măreşte staza venoasă în membrele inferioare. In cazurile de ortostatism prelungit şi de oboseală industrială care provoacă o autointoxicaţie de origină musculară. Se produc astfel alterări ale pereţilor venoşi, care asociate cu insuficienţe sau absenţe valvulare (căpătate sau congenitale) duc la formarea ectaziilor. In aceste regiuni rău irigate apar trofonevroze, teren pentru eczeme şi ulceraţii:

Toţi aceşti predispuşi şi varicoşi incipienţi trebuesc controlaţi şi trataţi la timp. In această privinţă e necesară să se modifice şi mentalitatea medicilor şi a publicului care recurg prea mult la ciorap elastic. Indicaţia acesteia este foarte limitată la flebitici recenţi vindecaţi (sub 3 ani), la infectaţi în general.

Ori la noi adesea un varicos incipient îşi lasă varicele să se dezvolte sub un ciorap gros care-şi pierde repede elasticitatea şi nu joacă decât rolul unui înveliş impermeabil sub care se macerează pielea piciorului şi apar ulceraţiile mai uşor.

Tot în lupta profilactică vor intra măsurile de igienă alimentară şi corporală. Se va evita toate cauzele de suprapresiune abdominală, congestia portale, constipaţii, tumori genitale, toate aceste forţând valvula safeno-femorală (ostială) provocând distensia colectoarelor superficiale şi profunde.

Igiena pre şi post partum-ului este importantă. Carenţele alimentare în principii nutritive şi vitamine (vit. A antidermatitică) sau supraalimentaţia carnată, vor da fragilitate epidermică trofonevrite şi vor facilita apariţia ulcerului varicos, complicaţie redutabilă.

Intoxicaţiile alcoolice, profesionale, infecţiunile (puerperale, pneumococice, febra tifoidă, sifilisul) sunt cauze de flebite, varice şi ulcere.

Pentru terapeutică e bine ca aceasta să se aplice în mici centre de venologie pe lângă spitale, centre de sănătate, instituţii medicale ale Ministerului Sănătăţii (c.f.r., asigurări, etc.).

Aci nu se vor trata toţi bolnavii, însă majoritatea vor fi retrimişi confraţilor cu indicaţiunile de tratament după caz.

La Asigurările Sociale unde am reuşit să organizăm o consultaţie medico-chirurgicală de venologie — m'am lovit la început de rezistenţa unor confraţi, chiar renumiţi chirurgi, care nu vroiau să admită altă terapeutică afară de nenorocitul ciorap elastic. Din această atitudine terapeutică toată lumea pierde (afară de negustorul de ciorapi elastici).

Ce material va fi necesar într'un centru de venologie.

Se va utiliza o masă, pat de lemn şi un taburet şi un scaun.

Bolnavul va sta în picioare pe scaun cu faţa spre medicul care stă pe taburet

Dacă este injectat se lungeşte imediat după injecţie pe masa dela spatele său.

Restul materialului se va compune din:

Seringi sterile 2—5 şi 10 cmc. Ace de 1,5 cm. lungime şi 0,5—0,8 mm. diametru cu biseau scurt.

Vată, tifon, comprese sterile. Borcane cu dop de sticlă conţinând soluţii de salicilat de sodiu 20%, 30% şi 40%, altele cu novocaină 0,50 şi 1%, altele cu glicerină pură sterilă şi fiole cu moruat de sodiu şi altele cu soluţie adrenalină 1‰ pentru a preîntâmpina eventualele fenomene de intoleranţă la injecţii, excepţionale de altfel.

Fişe de observaţie cu anamneza, rezultatul probelor funcţionale, felul tratamentului, reacţii şi rezultate imediate şi tardive, urmărite timp cât mai îndelugat. Chiar fotografii ale cazurilor mai interesante înainte şi după tratament.

Pomezi cu dermatol, oxid de zinc, insulanol şi vitamina A pentru pansamentul ulcerosilor.

Soluţii desinfectante pentru tegumentele din jurul ulcerelor.

Aparat de tensiune, ascultătorul şi cu oscilometru.

Aparat de tensiune venoasă (Villarest).

Idealul ar fi să fie pe lângă un serviciu de chirurgie sau să posede o sterilizare şi un material redus de chirurgie, adică: bisturie, pense Kocher şi Péan, sonde canelate, ace Hagedorn şi Reverdin, catgut şi setolină, agrafe Michel, câmpuri şi mănuşi sterile, sol novocaină, T-ra Iodi, Pansterină, etc.

Modul de funcţionare.

Examen clinic şi metode terapeutice.

După ce se va întocmi o observaţie complectă a bolnavului, insistându-se asupra aparatului circulator, se vor stabili cauzele determinante şi adjuvante pe cât e posibil ale insuficienţei sale venoase. Fişa cu biotipul individului.

Pentru a trece la tratament vom preciza în prealabil care este sistemul venos deficient: cel superficial, comunicant sau profund.

1. Elementul venos superficial format de safene.

2. Elementul venos mijlociu format de comunicante şi colectoare.

3. Elementul venos profund v. femorală. (Fig. I).

Pentru fiecare în parte dispunem de o metodă de investigaţie adequată şi anume:

1. Sistemul venos superficial, safene şi valvule va fi explorat în modul următor:

Bolnavul stă în picioare în faţa examinatorului descoperit dela plica inghinală în jos. Inspecţia ne va arăta prezenţa varicelor. dispoziţia şi distribuţia lor, prezenţa sau absenţa edemului şi starea tegumentelor. Palpaţia este uneori mai utilă căci descoperă vene sinuoase invizibile.

Dacă sunt pachete varicoase mari vom cerceta care este starea valvulei

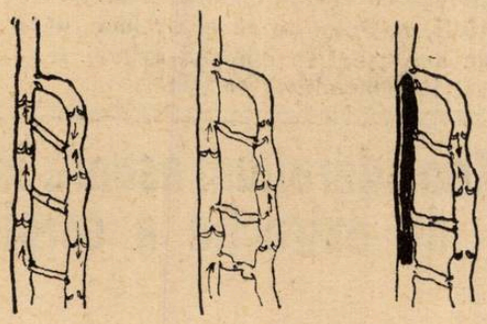


Fig. I. A. B C. Insuficienţa sistemelor venoase: superficial, comunicant şi profund (Mc. Callig.)

ostiale safeno-femorală, a cărei insuficienţă primează asupra tuturor celor lalte valvule după traectul safenei.

In acest scop bolnavul fiind tot în ortostatism, se percută cu degetele unei mâini crossa safenei în dreptul gaurei ovale în timp ce degetele mâinii celeilalte palpează în mod pasiv pachetele varicoase dedesubt. Percuţia este scurtă şi repetată cum am căuta şocul ascitic. Dacă mâna care palpează percepe o senzaţie de val retrograd, înseamnă că în special valvula ostială este insuficientă şi permite refluarea sângelui şi suprapresiunea din bazin. Se va proceda şi invers, mâna inferioară fiind activă şi cea de sus pasivă, va cerceta prezenţa sau absenţa şocului lichidian. (Fig. II).

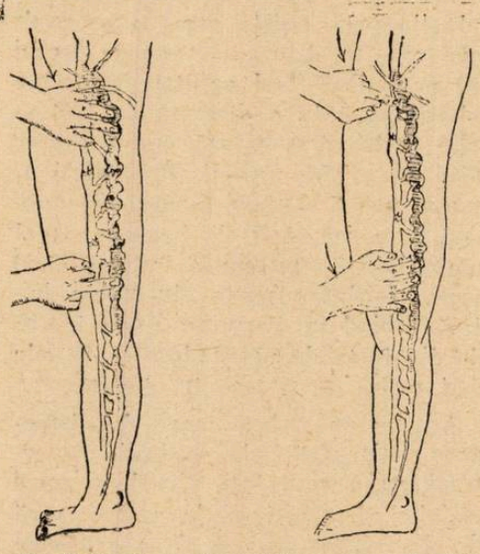


Fig. II. Cercetarea sistemului venos superficial şi mai ales a valvulei estiale (Mc. Calig.)

Un alt procedeu de investigaţie este al lui Trendelenburg. Se aplică o ligatură la rădăcina coapsei, bolnavul fiind culcat cu membrul inferior ridicat şi varicele vidate de sânge. Dacă revenind la ortostatism, venele se umplu repede de sus în jos după ridicarea garot-ului, înseamnă că sistemul valvular este insuficient şi întregul sistem venos superficial.

2. Cercetarea stării venelor comunicante. Se procedează ca la Trendelenburg, bolnavul culcat cu membrul inferior ridicat, vidat de sânge şi legat la bază. Bolnavul se ridică în picioare, menţinând însă ligatura, dacă totuşi varicozităţile se umplu repede (30 sec.) înseamnă că refluxul sanghin s'a produs din profunzime la suprafaţă prin comunicantele insuficiente.

3. Pentru controlul căilor profunde vom recurge la metoda clasică a lui *Delbet* şi *Mocquot*. Adică se leagă membrul inferior varicos, bolnavul fiind în picioare şi apoi îşi provoacă contracţiuni ale muşchilor gambieri, ridicându-se de câteva ori în vârful picioarelor. Dacă sistemul profund este permeabil, pachetele varicoase se reduc după această manevră, dacă nu, devin mai turgescente.

Perthes utilizează următorul procedeu. Aplică un bandaj elastic în chip de moletieră. în spirale strânse de la gleznă şi până deasupra genunchiului, bolnavul fiind în picioare. Dacă femorala este obstruată şi varicele superficiale sunt compensatoare, construcţia aceasta va provoca o jenă acută deoarece venele superficiale care s'au substituit venelor profunde fiind comprimate, irigaţia membrului inferior respectiv nu se mai face. Bolnavul simte nevoia absolută ca după un scurt timp să-şi ridice bandajul. (Fig. III).

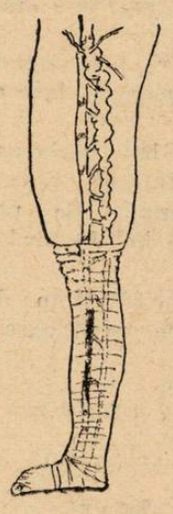


Fig. III. Metoda Perthes p. sist. venos profund. (Mc. Callig).

Dacă însă circulaţia superficială nu este compensatoare, acest bandaj va uşura piciorul, golind varicele prin venele profunde.

Am descris aceste metode de diagnostic a diferitelor forme de insuficienţe venoase, pentru ca şi tratamentul să fie eclectic după caz.

Trebue să părăsim această ecuaţie superficială. Tot ce este la anus egal hemoroizi, deci supozitoare, tot ce este la picior, varice, deci tradiţionalul ciorap elastic. Vom arăta mai jos care sunt indicaţiile foarte limitate ale acestui bătrân paliativ.

1. Dacă predomină insuficienţa venoasă superficială cu o valvulă ostială bună, ne vom limita la flebosclerozâ. Dacă însă predomină carenţa valvulară, mai ales safeno-femorală, vom face într'un timp o mică intervenţie care este ambulatorie. Se descoperă cârja safenei în triunghiul lui Scarpa, se face o primă ligatură la joncţiunea cu femorala şi alta la 4—5 cm. mai jos.

Se leagă venele tributare ale acestei

regiuni venoase și se excizează segmentul după ce s'au secționat colateralele. In zilele următoare i se sclerozează pachetele varicoase. Astfel, vindecarea este radicală și definitivă.

2. Dacă primează insuficiența comunicantelor, terapeutica este mai complexă, trebuesc ligaturi etajate ale sistemului comunicant asociate cu exereza varicelor sau urmate de flebosclerozа lor.

3. Dacă femorala este obstruată la vechi flebitici, orice intervenție este contraindicată atâta vreme cât testele arată aceasta. (s. lui Delbet și Mocquot și s. lui Perthes).

In această perioadă ne vom limita la ciorapul elastic sau mai bine de lână fină, tricotată *(Delater)*. Ochiurile sale vor fi înlănțuite în lung și în larg, încât prin simpla tracțiune se produce contenția. Am văzut acești ciorapi la Bagnoles de l'orne și într'adevăr contenția lor era perfectă, erau subțiri și invizibili.

Tot în aceste cazuri va precumpăni crenotherapia și tratamentul igieno-dietetic.

Dacă nu se pot face băi carbo-gazoase (tip. Bagnoles-Buziaș. Vatra Dornei) sau fangotherapie. Se pot recomanda la domiciliu băi în modul următor:

O baie săptămânală de 36°, timp de 20' în care se vor pune următoarele săruri:

Clorur de sodiu Sulfat de magneziu	cca. 50 gr.
Sulfat de sodiu Alaun	cca. 100 gr.
Bicarbonat de sodiu	200 gr.

Ca medicație adjuvantă se va administra o săptămână pe lună o linguriță seara după masă, într'o ceașcă cu infuzie caldă din: *Citrat de sodiu deshydratat.*

Altă săptămână se vor da 4 tablete zilnic din: *Hyrudineză* — sau alt anticoagulant.

Ciorapul elastic va fi singurul remediu la gravide, la cei foarte obezi, la cardio-renali, hepatici, cașectici, la cari băile sunt contra-indicate.

Complicațiile pe fond varicos ca eczeme, edeme, trofodermeze, vor beneficia de metodele terapeutice mai sus expuse.

Ulcerele varicoase necesită o luptă mai grea. S'au utilizat numeroase procedee. Noi aplicăm novocainizarea arterei femurale în modul următor:

Bolnavul în decubit dorsal își descoperă regiunea crurală superioară de partea membrului bolnav. I se palpează artera femurală în triunghiul lui Scarpa și odată găsită se izolează oarecum cu degetele mâinii stângi, se tinctureză pe piele și se punctionează cu un ac lung de 4—5 cm. subțire și cu biseau-ul scurt, introducând acul până ce simțim contactul unui perete elastic. Lăsăm acul liber și observăm dacă pavilionul său oscilează sincron, pulsațiile bolnavului, ceeace denotă că suntem în peretele arterei. La acul fixat în peretele arterei adaptăm o seringă cu 10 cmc. de soluție novocaină 0,50%, aspirăm ca să controlăm dacă nu am trecut în lumenul arterei și apoi injectăm încet soluția.

Acest procedeu ne-a dat vindecări durabile în 80% din cazuri. Este o aplicare a metodei *Leriche* care asigură o mai bună vascularizare arterială a piciorului și accelerează vindecarea.

Toate aceste tehnici vor fi difuzate spre a fi utilizate în mod curent de practicieni și pentru ca aceștia să schimbe mentalitatea bolnavilor.

Rezultatele economice în câmpul muncii vor fi apreciabile.

Considerațiuni asupra indicațiunilor și technicei de extracție a corpilor străini de război

de Dr. BORZA ST. ZENO
Conferențiar clinica chirurgicală Sibiu

In războiul modern, considerând perioada ultimă a războiului din 1914-18 și războiul actual, utilizarea armelor cu putere mare de distrugere a redus în mod considerabil valoarea armelor de infanterie, cu proectile de formă regulată și cu acțiune zisă «umană».

Pe când armele de infanterie sunt caracterizate printr'o putere mare de pătrundere și provoacă plăgi în seton, cu orificiul de intrare mai mic și cu orificiul de ieșire mai mare, armele cu o putere de distrugere mare ca: obuzele de artilerie, bombele de avion și proectilele de aruncătoare, provoacă distrugeri în țesuturi, cari sunt în raport direct cu viteza și forma lor.

Se înțelege dela sine că în războiul modern, corpii străini reținuți, — datoriți armelor de infanterie — se întâlnesc mult mai rar, prin faptul că plăgile prin aceste arme sunt mult mai rare pe de-o parte și prin faptul că proectilul fiind animat de-o mare viteză până la o distanță de 1500 — 2000 metri, traversează corpul uman fără ca să fie reținut. Proectilele acestea vor fi reținute în organism numai în cazul când ele lovesc corpul uman la sfârșitul cursei lor, sau când și-au pierdut o parte din viteza inițială, isbind un corp solid care-i scade din forța de pătrundere și de cele mai multe ori îi schimbă direcția.

Armele cu putere mare de distrugere acționează prin explozii, dispersând pe o suprafață circulară corpi metalici, denumiți schije, a căror rază de distrugere variază după mărimea calibrului proectilului explosiv, respective al grenadei sau bombei.

Cea mai mare putere de distrugere o au schijele în apropierea centrului de explozie, la acest nivel ele fiind animate de o viteză foarte mare.

Aici ele au drept efect adevărate sfâșieri ale organismului, provocând moartea imediată. Cu cât ne îndepărtăm de centrul exploziei efectul lor este mai redus, dat fiind că viteza cu care sunt animate scade.

Din acest motiv, puterea de pătrundere fiind mai mică, ele penetrează în organism, dar lovindu-se de cel mai mic obstacol, se opresc la nivelul lui, alteori își schimbă direcția, deviând în spre locuri cu rezistență mai mică.

Aceste locuri cu rezistență mai mică sunt spațiile intermusculare sau țesutul celular din jurul pachetului vasculo-nervos al regiunii respective.

Așa se explică patogenia corpilor străini, pe cari i-am întâlnit la cei mai mulți dintre răniții noștri din actualul război, internați în spitalele de Zonă Interioară.

In cursul ultimelor trei luni a anului trecut, am avut ocaziunea să observ și să tratez în Spitalul Militar al Corpului VI din Sibiu, numeroși răniți de război.

Dintre acești răniți aproape 72 % prezintau corpi străini reținuți în organism.

Din totalul operațiunilor chirurgicale executate în acest interval, aproximativ 68,3% au fost intervenții având drept scop îndepărtarea lor din organism.

In ceeace privește indicațiunile operatorii de extragere am adoptat conduita următoare:

1) **Indicațiuni de extracție imediată:** Am extras imediat, sau după cel mai scurt timp dela internarea răniților, corpii străini localizați superficial la nivelul membrelor, sau cei localizați în țesutul muscular, împiedicând sau provocând prin prezența lor o jenă funcțională și unde plăgile n'au prezintat semne de infecțiune, sau unde infecțiunea a fost mai ușoară.

Am indicat deasemenea extracția, acolo unde corpii străini au provocat fenomene de compresiune sau de iritațiune nervoasă, precum și compresiune vasculară, sau semne de leziuni vasculare ca haematoame mici

Pentru tratamentul local al Reumatismului

GEROSAN PASTA

cu acţiune antireumatică specifică şi efect analgetic

Conţine: Lithium phenylchinolincarbon.
Salicilat de Methyl
Menthol
Camforă
Uleiuri eterice

Pentru calmarea durerilor interne

NEOLUVERIN

DR. WANDER

Tablete Supozitoare

In spasmele musculaturei netede

Dureri interne şi postoperatorii

Dismenoree

Asociaţie de Papaverină feniletilbarbit., Atropină metilbrom. şi Amidoazofen

Asociaţia nouă de cărbune

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

ABSORBANT, — DESINFECTANT INTESTINAL — LAXATIV

CU EFECT ANTISPASMODIC ŞI COLAGOG

Menajează ficatul în afecţiunile tubului digestiv graţie efectului său colagog

Mostre şi literatură trimite la cerere:
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII–DEBILITATE–CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI–ERITEME–ECZEME–PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE–INSOMNII–AGITAȚIE
EMOTIVITATE–TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM–ARTRITISM–OBEZITATE
GUTĂ–GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6–10 comprimate pe zi.
Copii dela 5–12 ani:	3– 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2– 5 ani:	1– 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½– 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

închistate, pulsatile, apoi anevrisme arteriale sau arterio-venoase.

Am extras deasemenea corpii străini şi în cazurile de plăgi mai vechi, cari prezintau leziuni osoase şi a căror suppuraţiune s'a prelungit prea mult având tendinţa la fistulizare.

Indepărtarea corpilor străini primitivi precum şi acelora antrenaţi în mod secundar, aduce după sine şi vindecarea plăgii în cel mai scurt timp.

Corpii străini localizaţi în anumite organe unde sunt de obicei bine toleraţi (plămân, creer), vor fi extraşi imediat numai dacă provoacă turburări persistente, supărătoare, ca tuse rebelă, hemoptizii, respective convulsiuni-crize epileptice, abces cerebral, etc.

Nu mă refer aci la corpii străini penetranţi în cavitatea abdominală, cari necesită de asemenea intervenţiuni de urgenţă, dar al căror tratament cade în atribuţiunile formaţiilor de campanie din imediata vecinătate a Zonei de operaţiuni.

2) **Indicaţiuni de extracţie după o perioadă de observaţie şi tratament pregătitor de extracţie.**

In unele cazuri prezenţa corpilor străini provoacă reacţiuni inflamatorii foarte mari, datorită infecţiunii masive introdusă în plagă odată cu corpul străin primitiv.

In aceste cazuri extragerea lor trebue să fie temporizată un anumit timp, în care interval bolnavul este ţinut sub cea mai strictă observaţiune, pentru a urmări procesul inflamator.

Dacă infecţiunea are tendinţa de a se delimita şi evoluează spre formarea unui abces sau flegmon, vom aştepta câtva timp, putând acţiona în acest interval în mod foarte util prin imobilizarea regiunii respective şi prin chimio-terapie.

Odată colecţia formată se va evacua prin inciziuni şi contra-inciziuni plasate în puncte declive, explorând în acest scop în mod digital cavitatea colecţiei.

Dacă în cursul explorăţiunii corpul străin apare liber va fi extras dacă din contră el nu poate fi uşor găsit, nu este bine să forţăm explorarea prin debridări, căci putem favoriza difuzarea infecţiunii.

După vindecarea plăgilor putem interveni ulterior pentru extragerea corpilor străini, dacă este necesar.

Semnalez aici observaţiunea unui rănit, a cărui evoluţie clinică arată că, urmând această conduită am urmat calea cea mai bună.

S. P. rănit în ziua de 4 Oct. 1941.

Este transportat la 12 zile după rănire la Spit. Milit. Sibiu, prezintând o plagă oarbă în regiunea superioară a braţului dr. printr'o schije de aruncătoare. La examenul radiografic se constată prezenţa unei schije de mărimea unui leu, localizată la partea infero-internă a trohiterului, pe tendonul subscapularului. Se constată deasemenea o fractură marginală a trohiterului.

Regiunea subclavic. şi pectorală dr. foarte tumefiate. Mişcările în articulaţia umărului nu se pot executa.

Imobilizăm umărul drept cu o atelă gipsată, ţinând bolnavul sub observaţie timp de 6 zile. După acest interval tabloul unei colecţi subpectorale este evident. Se deschide larg colecţia printr'o incizie plasată în dreptul marginii inferioare a muschiului, drenând cu două tuburi.

Bolnavul a evoluat în cele mai bune condiţiuni şi după 60 zile am putut proceda la extragerea schijei.

Indicaţiunea trebue să fie urgentată în cazurile unde după o perioadă scurtă de observaţie infecţiunea nu are nici o tendinţă de delimitare şi în acelaş timp tabloul clinic evoluează cu fenomene septice grave.

3. **Indicaţiuni de extracţie tardivă.**

Corpii străini localizaţi în anumite organe ca plămân, creer, sau când nu produc decât tulburări discrete, sunt susceptibili de-a fi lăsaţi pe loc. mai ales dacă nu intervin complicaţiuni.

In astfel de cazuri reţinem răniţii în serviciu până la vindecarea completă a plăgilor şi după alte 10—20 zile de observaţie le acordăm un concediu medical, în care interval le recomandăm să stea sub observaţie medicală.

Dacă tulburările provocate de corpii străini persistă sau se agravează după o perioadă de 6 luni sau şi mai mult, procedăm la extracţia lor.

Uneori extragerea lor este impusă de tulburări ce apar numai ulterior.

4) **Contraindicaţiuni de extracţie.**

Corpii străini localizaţi în anumite regiuni ca: mediastin, regiunea hilară a plămânului, la baza craniului precum şi în vecinătatea altor organe sau elemente anatomice de importanţă vitală, vor fi lăsaţi pe loc, căci în cursul tentativelor de extragere viaţa bolnavului este adeseori în pericol.

Contraindicaţiunea de extragere este cu atât mai formală cu cât prezenţa lor nu provoacă tulburări. Alteori chiar provocând oarecari tulburări vor fi menajaţi, atunci când dificultăţile tehnice prevăzute sunt prea mari.

Technica extracţiei corpilor străini de război.

Ţinând cont de variaţiunea infinită în ceeace priveşte localizarea lor, ne este imposibil să descriem aici technica fiecărei regiuni sau fiecărui caz în parte. Din acest motiv ne vom rezuma a da o descriere a anumitor principii generale, de care trebue să se ţină cont la toate operaţiunile de extragere a corpilor străini de război.

Astfel după localizarea radiologică prealabilă, fie cu ajutorul metodei anatomice fie prin metoda geometrică a axelor încrucişate, se va urma calea de acces cea mai scurtă.

Numai în cazuri excepţionale putem utiliza drept cale de extracţie plaga de intrare debridată, deoarece aceste plăgi sunt de obicei îndepărtate, eventual deviate dela punctul unde se află localizat proectilul.

Inciziunea tegumentelor în regiunile prin carj nu străbat vase şi nervi mai importanţi, trebue făcută în aşa fel încât să fie paralelă cu plicele cutanate ale regiunii respective şi nici de cum perpendiculare sau oblice pe acestea, căci după vindecare cicatricea devine jenantă şi chiar dureroasă.

Inciziunile la nivelul membrelor, regiunea axilară, reg. supra-clavicular şi regiunea cervicală, trebue să ţină cont în primul rând de linia de proecţie a pachetului vasculo-nervos al segmentului de membru sau a regiunii respective.

Acest corpi străini întâlnind rezistenţa unor ţesuturi, ca osul, tendoane sau chiar muşchiul în contracţiune, se opresc, sau deviază.

Prin această deviere, corpul străin caută să străbată ţesuturile sau spaţiile dintre ţesuturi cari îi oferă o rezistenţă mai mică, până când viteza iniţială îi scade complect, oprindu-se.

Or, tocmai prin aceste spaţii celulare, care oferă rezistenţă mai mică, trec vasele şi nervii regiunii respective.

Aşa se explică dece majoritatea corpilor străini localizaţi la nivelul membrelor şi chiar la alte regiuni, se află localizaţi în vecinătatea acestor elemente anatomice, sau în raporturi apropiate cu ele.

Din aceste consideraţiuni putem deduce că technica extracţiei în aceste regiuni *trebue să fie identică cu technica urmată pentru operaţiunile pe vasele şi nervii regiunilor respective.*

Dar chiar şi în cazurile când corpul străin se află la oarecare distanţă, este bine să urmăm calea de descoperire a pachetului vasculo nervos important al regiunii, pe care îl izolăm şi îl punem astfel la adăpost de posibilitatea lezării lui în cursul manevrelor de exploraţiune.

Izolarea acestor elemente se va face astfel încât vom intra între acestea şi corpul străin, adică, între pericol şi corpul străin.

Odată perîcolul izolat şi protejat cu ecartoare, cu comprese etc. putem continua intervenţia cu mai multă siguranţă, având posibilitatea de explorare pe o zonă mult mai întinsă.

Acest mod de-a proceda este cu atât mai util, cu cât schijele fixate în muşchi se identifică foarte greu şi cu toată localizarea radiologică prealabilă, nu le găsim nici pe masa de operaţie, fiind nevoiţi să recurgem din nou la ajutorul ecranului.

Lucrând astfel prin plagă, sub ecran, fie cu ajutorul unui aparat fix, fie portativ, trebue să explorăm în plină obscuritate.

Prin punerea la adăpost şi izolarea prealabilă a vaselor şi nervilor — a pericolului — avem o siguranţă mult mai mare şi o mobilitate mai puţin limitată a mişcărilor ce trebue imprimate pensei exploratoare, orientându-ne cu mai multă siguranţă spre indicaţia ce ne-o dă ecranul.

Importanţa urmării stricte a acestor principii de technică apare şi mai evidentă, când urmărim extracţia corpilor străini în regiuni cari în afară de vase şi nervi importanţi au raporturi anatomice cu organe, a căror lezare pot provoca complicaţiuni funcţionale redutabile, sau chiar pericol vital.

Pentru a demonstra principiul technicei în astfel de cazuri voi semnala observaţiunea şi descrierea technicei la un alt rănit.

F. R. rănit în 27 Sept. 1941, prezintând o plagă în dreptul artic. sterno-clavic. stg i cu tulburări de deglutiţie, jenă mare respiratorie şi voce bi-tonală.

La examinarea radiologică, localizăm un corp străin reţinut la nivelul corp VII vertebr. cervicale, în partea dreaptă a tracheei, urmând mişcările de deglutiţie. După un tratament conservativ de 15 zile starea sa se ameliorează foarte mult. Din cauza jenei la deglutiţie şi persistenţei unei secreţiuni la nivelul plăgii, decidem totuşi extragerea corpului străin.

Technica urmată a fost acea a descoperirii arterei carotide primitive. Izolăm muşchiul sterno-cl.-mast. din teaca lui, pătrundem în loja celulo adipoasă a regiunii carotidiene sub muşchiul omohioidian.

Izolăm înafară pachetul carotidian şi'l protejăm; evidenţiem istmul tiroidei trachea şi esofagul. Intre ele palpăm rezistenţa unui ţesut dur, scleros. Punem la adăpost nervul recurent, izolându-l din ţesutul scleros şi apoi prin debridarea acestuia extragem corpul străin, care era complect incapsulat.

Plaga drenată parţial se vindecă în 10 zile. După scurt timp se vindecă şi plaga de intrare.

In cazurile unde corpii străini sunt localizaţi în regiuni mai îndepărtate de vasele mari, technica operatorie trebue să ţină seamă de dispoziţiunea nervilor învecinaţi, articulaţiunilor şi în fine de dispoziţiunea nervilor învecinaţi, articulaţiunilor şi în fine de dispoziţiunea lojelor musculare, astfel ca să nu deschidem în mod inutil o lojă musculară învecinată şi să favorizăm difuzarea infecţiunii.

Observaţiunea unui alt rănit demonstrează în mod evident atât noţiunile semnalate la indicaţiunile operatorii cât şi la cele referitoare la technică.

G. I. rănit în şanţul naso-genian drept, este transportat după 11 zile în Spit. Milit. Sibiu, prezentând o tumefacţie pronunţată a regiunii cervicale laterale drepte, cu torticolis drept şi asc. termice septice.

După o perioadă de observaţie şi tratament chimioterapic de 7 zile, temperatura a cedat şi torticolisul s'a redus. La examenul radiologic constatăm prezenţa unei schije în dreptul marginii drepte a feţii ant. a axisului.

Deoarece corpul străin provoacă dureri mari şi cefalee rebelă, decidem extragerea lui.

Operaţia : Se face o incizie paralelă cu marginea ant. a sterno-cl. mastoidianului drept, plecând dela unghiul max. inf. până la cartilajul tiroid, urmând technica ligaturii arterei carotide externe şi interne. După secţiunea trunchiului venos tiro-lingo-facial lărgim mult câmpul operator, evidenţiem carotida externă apoi cea internă pe care o urmărim în sus până aproape de gaura carotidiană. Izolăm vasele mari şi le îndepărtăm înlăuntru; prin palpare punem în evidenţă corpul străin care era situat înapoia aponevrozei prevertebrale, inclavat în muşchiul drept ant. al capului, imediat sub gaura carotidiană.

După îndepărtarea corpului străin, închidem complect plaga. Bolnavul este vindecat după 11 zile dela intervenţie.

Corpii străini *intracerebrali* vor fi extraşi pe cât posibil — dacă complicaţiunile pe cari le provoacă necesită aceasta — prin plaga de penetraţiune.

Vom mânui cu multă abilitate pensa de corpi străini, fără a provoca debridări sau distrucţii prea mari, ea având şi un rol explorator. Alteori traectul proectilului este mai uşor de explorat cu ajutorul unei sonde butonate.

Este bine ca pe cât posibil extracţia să se execute sub ecran.

Corpii străini localizaţi la mare distanţă de orificiul de penetraţiune, vor fi extraşi după o localizare precisă, urmând calea cea mai scurtă, prin trepanaţia executată de preferinţă în doi timpi.

Am văzut cu ocaziunea discuţiei indicaţiunilor operatorii că corpiii străinclusiv în plămân sunt de obicei toleraţi. Din acest motiv *Sauerbruch* recomandă pe cât posibil tratamentul conservativ în cazul lor. Aceasta cu atât mai mult cu cât după extracţie cicatricea pulmonară continuă să fie dureroasă.

Dacă totuşi extracţia lor este impusă de tulburări grave ca dispnee, accese grave de astm, hemoptizie sau abces pulmonar, technica extracţiei trebue să fie adaptată fiecărui caz în parte.

Astfel metoda extracţiei cu ajutorul pensei *Petit* şi *Villéon*, precum şi modificarea adusă acesteia de *Mauclaire*, se utilizează cu mult succes la corpii străini localizaţi superficial.

Technica preconizată de *Marion* prin pneumotomia după fixarea prealabilă a plămânului la peretele toracic, este recomandabilă în supuraţiunile intrapulmonare, provocate prin prezenţa corpului străin, deoarece fereşte cavitatea pleurală de posibilitatea unei infecţiuni.

In fine technica pneumotomiei în pleura liberă are pe lângă multe dezavantage şi un mare avantaj de-a oferi posibilitatea unei explorări sub control vizual.

In concluzie indicaţiunile de extracţie a corpilor străini de război sunt destul de precise.

Ele urmăresc în primul rând evitarea complicaţiunilor ce s'ar putea produce prin difuzarea infecţiei în cursul operatiunii de extragere.

Corpii străini localizaţi în regiuni dificile de abordat chirurgical fără pericolul de-a leza anumite organe sau elemente anatomice cu importanţă vitală, vor fi respectaţi.

In astfel de cazuri dacă totuş extracţia lor este necesară din cauza tulburărilor pe cari le provoacă, operaţiunea de extragere trebue încredinţată unor chirurgi cari stăpânesc perfect cunoştinţe technice speciale.

In ceeace priveşte technica propriu zisă, variaţiunea infinită de localizări face aproape imposibilă descrierea unei technici unitare, bine reglate.

Aceste operaţiuni sunt în funcţie în primul rând de erudiţia, de abilitatea şi de ingeniozitatea chirurgilor, cari sunt chemaţi să le execute.

Totuş există anumite principii fundamentale, cari trebuesc respectate, astfel ca aceste intervenţiuni să urmeze în cel mai strict sens principiul therapeutic «primum non nocere».

IODOTERAPIA PARANTERALA

IODALGIN

FIOLE

Conţine soluţie apoasă, incoloră - sterilă de Mono-Iod-Hexahydrro-pyrizină $C_4 . H_{11} N_2 I$, în concentraţie de 10%.

(Fiecare cmc. conţine 0,06 gr. Iod elementar, legat în mod chimic într'o moleculă organică)

Hipertensiune-Arterioscleroză-Anghină pectorală-Bronşită cronică-Bolile circulaţiei şi vaselor.

Diateză limfo-exudativă.
Astm bronşial-Emfizem.
Sifilis secundar şi terţiar

Eliberează în contact cu lichidele ţesuturilor

IOD ELEMENTAR ACTIV

Forma de prezentare: ambalaj original cutii cu 10 fiole a 3 c. c.

Laboratorul „ASFAR" Gh. Stoicescu
BUCUREŞTI

Strada Olari Nr. 11 Telefon 1.05.77—2.15.90

CALCITERAPIA FORTE
CALCITERAPIE BUCALA IMUNIZANTA

CALCOSTERIN

Intramuscular-Intravenos-Granule-Cachete

COMPOZIŢIA:

Injecţii
- Calciugluconic 10%
- Camfor cinamilat
- Colesterină, în soluţie apoasă

Granule şi Cachete
- Hexaphosphal de Calciu şi Magneziu
- Glicerophosphat de Colin
- Citrophosphat de Mangan
- Phenyl Formiat de Cinamil Cholesterină

Medicaţia calcică paranterală forte

STIMULENT AL REACŢIUNILOR BIOLOGICE DE IMUNIZARE

Tuberculoza, toate formele şi fazele

Stări de epuizare — Astenie — Cure de îngrăşare
Preventiv contra bolilor infecţioase

Laboratorul **„ASFAR"** Gh. Stoicescu, Bucureşti, Str. Olari 11, Tel. 2.15.90 — 1.05.77

CARDIOTRAT

Nordmark-Werke

Hipotensiv-Vasodilatator-Diuretic

Chinidinum nitrosum
Acid Phenyläthylbarbituricum
Aethylendiamin = Dimethylxantin

Pilule **Fiole**

Dr. ALEX. RADU, Str. Sofia 30, București III

CINNOBIOL

INJECȚII

Cinamat de Benzil, Cholesterină, Eucaliptol, Guaiacol.

Imunizație artificială contra infecțiunilor bacilare, afecțiuni ginecologice (leziuni inflamatorii, ulcerații produse de agenți patogeni).

1—2 fiole iniramusc. pe zi

ANTIASTHMATIC IFAR

SIROP

Iodură de codeină, Ephedrină, Cofeină, Tinct. Lobelia, Sirop de Thiocol și de Belladona.

Indicat în astm bronchic, cardiac, tusa spasmodică, enfizem pulmonar, bronșite acute și cronice, dispnea paroxistică, coriza spasmodică.

Mostre și literatură Laboratorul „IFAR"
Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — București IV
Telefon 5.67.48

Medicaţie individuală şi terapeutică colectivă

de Dr. S. IRIMESCU

Medicii prin felul îndeletnicirilor lor nu pot să fie numai technicieni pentru arta de a cunoaşte şi căuta boalele. Boalele sunt o deviaţie dela funcţiunile normale ale organismului. Ca un organism să fie normal trebue să existe o coordonare între diferitele lui funcţiuni.

Medicul e în măsură să afle pentru ce nu există această coordonare şi să dea indicaţii cum să fie restabilită.

Omul nu e însă numai o fiinţă fizică ci şi una afectivă, morală. Nu e deajuns deaceia ca medicul să aibă numai cunoştinţe teoretice dar să găsească timp, intrând în sufletul bolnavului să-şi dea seama de necazurile lui, care şi dacă nu provoacă boala o întreţin şi o agravează.

Laennec când analizează cauzele care provoacă explozia tuberculozei vorbeşte de «pasiunile triste», de stările de suflet de deprimare care slăbind organismul permit boalei să se instaleze cu diferitele ei manifestări.

Dacă medicul nu-şi ia timpul necesar ca să analizeze de unde provin aceste pasiuni triste, pentru ca pe cât posibil să îndepărteze cauza lor, el nu face un diagnostic şi o terapeutică complecte. Toţi şi deci şi medicii sunt acum grăbiţi în viaţă şi chiar dacă coarde sentimentale vibrează în ei, li se pune o surdină ca să nu se neglijeze interesele proprii care îşi cer imperios împlinirea.

Psichologia aceasta în care intră şi sentimentalism — medicul trebue să-l aibă fiind astfel şi un om bun aşa cum cerea Nothnagel medicului ca să fie cu adevărat un medic bun — nu se învaţă în cărţi dar se dobândeşte din contactul cu atâtea dureri şi suferinţe pe care boalele le provoacă.

In breasla medicilor, când s'ar face categorisirea lor, calităţile de suflet ar trebui să fie socotite pe planul care li se cuvine de mare întâietate.

Medici mari nu sunt numai cei care s'au ilustrat prin lucrări şi descoperiri capitale, dar şi cei obscuri care în oraşe şi sate depărtate se consacră cu devotament şi entuziasm sarcinei lor de multe ori ingrată, fără altă răsplătire decât aceia a conştiinţei datoriei împlinite.

Balzac a pus în lumină în «le Médecin de campagne» şi l-a reliefat puternic pe Benassis, medicul dela ţară intrând în colibe umile ca să ajute pe bolnavi, înviorându-i chiar numai prin prezenţa lui, când nu-i putea căuta destul cum ar fi dorit să facă, aducând cu el, o infinită bunătate şi o mare compătimire.

Sunt medici mari cari şi-au înscris numele pentru nemurire prin contribuţii importante, unii din ei deschizători de drumuri noui, şi au ştiut în acelaş timp să îmbine talente mari cu mari suflete.

Literaţii au creat, inspiraţi de exemple constatate prin observaţia lor, câteva tipuri de o mare valoare morală, de medici care provoacă în jurul lor admiraţie prin viaţa şi munca lor în care intră o mare iubire de oameni.

Flaubert, în Madame Bovary descrie în fraze lapidare pe Larivière, aparţinând marei generaţii, ieşită din învăţământul lui Bichat «care-şi iubeau arta cu o pasiune fanatică şi o practicau cu exaltaţie şi destoinicie».

Bouchereau dintr'un roman al lui Alphonse Daudet având aureola unei strălucite reputaţii, e mişcat până la lacrimi când descoperă că tuberculoza macină o viaţă tânără, fără ca victima ei să-şi dea seama, trăind cu frenezie, de sfârşitul tragic pe care şi-l prepară.

In le Phalène, piesa de teatru a lui Bataille, eroina se consumă ca un fluture de noapte ars de flacăra care-l atrage cu vraja ei.

Eroina e luată din viaţă. E Maria Baskirceef, pictor şi scriitoare, autoarea unor memorii, registru al emoţiilor ei intense, de o reală valoare literară.

Pe un înalt plan moral apar doctorul Pascal al lui Zola şi eroul prin acţiunea lui de un sublim curaj când îşi provoacă o boală care nu iartă din la Nouvelle Idole, piesa de teatru a lui François de Curel. Ca un mucenic al propriei lui suferinţe, Ortègue în romanul lui Paul Bourget «le Sens de la mort» minat de un cancer, se devotează pentru bolnavi, punând în joc toată ascuţimea minţii lui deşi ştia că moartea se apropie.

Fără ficţiuni literare, dar ca fiinţe vii pot fi evocaţi medici, adevăraţi martiri suferind cu resemnare boale crude care-i distrug.

Trousseau moare de un cancer pe care şi-l diagnosticase singur după un simptom pe care-l descrisese, fără să înceteze, până în ultimele lui zile să dea sfaturi şi îndrumări bolnavilor consternaţi, că pierd în el un mare sprijin şi un mare ajutor.

Finsen având încă de tânăr o boală de cord, care-l imobiliza pe patul de suferinţă, expus la accidente mortale la orice sforţare fizică mai mare, braveză toate pericolele şi face descoperiri fundamentale pentru aplicaţia luminei ca mijloc terapeutic. Gilbert, ducând o viaţă de ascet, lucrând neîncetat la clinica pe care o conducea la Hotel Dieu, în Paris a ascuns ani întregi până la moarte o infirmitate teribilă, provocată de o afecţiune intestinală.

Richet, profesorul de clinică chirurgicală la facultatea din Paris, tatăl marelui fiziologist, când bătăile inimei se încetineau, în preajma morţii, vorbeşte calm celor din jurul lui, întocmai ca Socrate când lua cucuta care trebuia să-l omoare, aşa cum îl descrie Platon în Phedon.

Nothnagel în noaptea când moare de o angină de piept dictează sorei lui, care-l veghea, obiectiv ca şi cum ar fi fost vorba de un alt bolnav, simptomele premergătoare sfârşitului.

Sfinţii aceştia laici privesc senin moartea ca un final natural fără groază de ea, oricât de mari erau suferinţele prin care treceau.

Stoici, ei luptă pentru viaţa bolnavilor care veneau la ei, făcând sforţări eroice ca să păstreze o activitate care putea să fie încă rodnică.

Nenorocirea e că deşi ar fi putut smulge morţii prade pe care le pândea, medicii stau de multe ori dezarmaţi, deoarece terapeutica pe care o ştiu eficace nu poate fi pusă în practică. Tratamentul necesar de aplicat e în funcţie de condiţiile de trai ale bolnavului. El nu e numai individual dar are o latură socială predominantă. Medicul, oricât ar voi să-şi amplifice rolul ca să fie un lecuitor şi al neajunsurilor economice, atât cât le cunoaşte, acestea fiind determinante în provocarea boalelor, rămâne un sfătuitor platonic în această direcţie. E atribuţia conducătorilor să-şi dea seama de importanţa factorilor economici şi sociali pentru păstrarea sănătăţii populaţiei şi să ajute cu autoritatea pe care le-o dă situaţia lor la o coordonare pentru armonizarea intereselor care se ciocnesc. Devenind în felul acesta terapeuţişti ai relelor sociale, medicii ar găsi în aceşti conducători cel mai bun adjuvant al medicinii individuale pe care o recomandă bolnavului aflat în căutarea lor. S'ar realiza astfel cu concursul lor o adevărată terapeutică colectivă.

ADALBERT CZERNY

La 3 Octombrie 1941 pediatr'a a avut de suferit o mare pierdere prin moartea, la 78 ani, a profesorului Czerny. Cu el dispare unul dintre fondatorii pediatriei, care trebuia bazată după concepţia lui, nu pe rutina din trecut, ci pe cercetări minuţioase făcute la lumina achiziţiilor moderne.

Czerny, cu spiritul lui atât de sceptic, s'a ridicat în contra autorităţi dogmelor şi a căutat să facă lumină în haosul ideilor confuze transmise necontrolate din generaţie în generaţie.

Czerny şi-a făcut cultura medicală în clinicile şi în laboratoarele din Praga, care pe vremea aceia numărau mulţi cercetători de seamă. Ca asistent în clinica lui Epstein s'a făcut cunoscut prin munca depusă şi prin teza de docenţă asupra funcţiunilor stomacului la sugaci (1893). Czerny ne spune în lucrarea sa intitulată «Die Pädiatrie meiner Zeit» (1939) că ascensiunea lui repede se datoreşte faptului că autorităţile de Stat din Germania îngrijate de mortalitatea infantilă, care pe atunci era foarte mare, s'au hotărît să o combată dând o mare dezvoltare pediatriei. In acest scop Czerny este chemat la Breslau în 1894. Se modifică în acelaş timp regulamentul Facultăţilor, studiul pediatriei devenind obligator pentru studenţi. In modul acesta Czerny ajunge primul profesor de pediatrie din Germania (1894).

Pentru prima oară se ataşează un pavilion de sugaci la o clinică universitară. La 1910 el trece la clinica infantilă din Strassburg, în 1912 este chemat la Berlin ca să conducă cu autoritatea lui clinica pediatrică. După o muncă de 21 de ani în această clinică, el ese la pensie în 1932. După câţiva ani i se încredinţează clinica din Düsseldorf.

In 1906 Czerny publică prima ediţie a tratatului: «Des Kindes Ernährung, Ernährungsstoerungen und Ernährungstherapie», urmată în 1924—1925 de a doua ediţie. In cele două mii de pagini ale acestei lucrări fundamentale pentru pediatrie, găsim studii clinice şi mai ales foarte numeroase analize asupra schimburilor nutritive.

Czerny arată că substanţele grase agravează tulburările digestive şi că proporţia de amoniac din urină este în raport cu grăsimile din alimentaţie. Combate ideia lui Bidert că în laptele de vacă elementul rău tolerat este cazeina. Atrage atenţiunea că este nevoe să se limiteze cantitatea de lichid ingerată, deoarece infiltraţia în exces a ţesuturilor micşorează imunitatea. Se ridică în contra abuzului, care se făcea cu laptele de vacă, limitând cantitatea la 500 gr. pe zi. Ca să fie acoperite nevoile atât de multiple ale organismului în plină desvoltare, el propune că dela finele primei jumătăţi de an să se adauge la alimentaţia lactată făincase, fructe, legume şi ceva mai târziu ficat. In modul acesta se dă copilului o cantitate de calciu, de fosfor, de fier şi de vitamine, mai mare decât se găseşte în alimentaţia lactată exclusivă şi prelungită. Czerny a introdus tratamentul cu ficat în terapeutica infantilă cu 10 ani înaintea autorilor americani. Cercetările mai noi asupra vitaminelor au confirmat utilitatea legumelor şi a fructelor în alimentaţia sugaciului.

Cercetând influenţa alimentaţiei asupra organismului, Czerny izolează diferite leziuni provenite dintr'o alimen-

taţie greşită, concepţie originală şi cu indicaţii terapeutice importante. El descrie tulburările provenite dintr'o alimentaţie săracă în grăsimi, în substanţe albuminoide sau determinate de o alimentaţie unilaterală, în care se face abuz sau de lapte, sau de făinoase.

Turburările digestive au făcut obiectul a lungi cercetări din partea lui Czerny. El reduce cauzele lor la greşeli de alimentaţie, la infecţii şi la constituţia copilului.

Observând că anumite boale survin la unii copii şi nu survin la alţii, Czerny studiază dispoziţia şi anomaliile de constituţie. Printre acestea el izolează diateza exudativă. Ea se atenuiază sau dispare dacă se limitează cantitatea totală de lichid şi dacă se micşorează raţia de lapte.

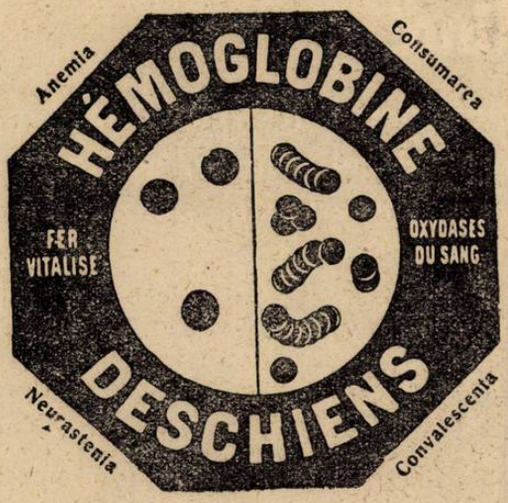
Studiul alimentaţiei copilului mic a căpătat o nouă orientare prin cercetările lui Czerny şi a şcoalei germane. Graţie progreselor care s'au făcut în industria laptelui şi în tecnica alimentaţiei a dispărut marea mortalitate care se vedea în lunile calde de vară. Slaba mortalitate infantilă care mai persistă în Germania este datorită mortalităţii precoce a noilor născuţi şi infecţiilor gripale atât de frecvente în lunile reci şi umede.

Când m'am întors în ţară am văzut cât de puţin se cunoaşte la noi higiena infantilă, nu numai în straturile sociale sărace, dar chiar în pătura mai bine situată. Ca să fac cunoscute principiile mai noi, am publicat în 1925 lucrarea «Copilul, îngrijirea lui modernă». Am constatat că această chestiune interesează un mic număr de persoane, restul fiind mulţumite cu ideile greşite din trecut. Lipsa aceasta de interes nu este un lucru indiferent, deoarece marea noastră mortalitate infantilă este datorită faptului că lipsesc cunoştinţele elementare de puericultură. Pătrunderea acestor cunoştinţe se face mai greu la noi ca în alte ţări, din cauză că în marile masse n'au pătruns încă nici noţiunile mari de higienă generală necesare oricărui individ. Analfabetismul şi modul cum sunt încă întocmite manualele de şcoală favorizează această stare de lucruri. Suntem siguri că într'un viitor apropiat se va pune la baza combaterii mortalităţii infantile instruirea sistematică în şcoli a viitoarelor mame.

Czerny a observat că nervozitatea copiilor nu este datorită în realitate decât greşelilor de educaţie. Chestiunea aceasta de o deosebită importanţă din punct de vedere pedagogic şi medical a format subiectul lucrării: «Der Arzt als Erzieher des Kindes», lucrare care a făcut epocă în Germania prin chestiunile importante pe care le aduce în discuţie. In urma rugăminţii profesorului Czerny am tradus această lucrare sub numele de «Medicul educator al copilului» (Editura Cartea Românească), fiind convins că voi face un real serviciu marelui nostru public, care ar fi putut găsi în ea idei de cea mai mare valoare. Deşi au fost publicate în 1924, volumele stau încă în rafturile editurii, aşteptând generaţii care să fie la înălţimea ideilor prea adânci pentru timpurile noastre de suprafaţă.

Din această scurtă analiză se vede ce servicii a adus Czerny pediatriei, contribuind cu munca lui neobosită, cu spiritul său de observaţie şi de critică, ca să dea o nouă orientare acestei specialităţi de o atât de mare valoare medicală şi socială.

Dr. HORIA SLOBOZIANU.



OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNEA CRUDA ȘI FIERUL

ADMIS IN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA: 1 lingură de supă înaintea fiecărei mese

Depozit permanent: Drogueria Standard, Str. Sf. Ionică 8, București

NICI TOXICITATE

NICI CAUSTICITATE

ANTISEPTICUL IDEAL

ORGANO-CLORAT

CHIRURGIA DE RĂZBOI

Plăgi
Gangrene
Infecțiuni

DAKYNOL

Clor și oxigen în stare născândă

Comprimate de 0,25 centigr.

CHIRURGIA DE PACE

GINECOLOGIE - OBSTETRICĂ
LEUCOREE
TOALETA FEMEII
SUPURAȚIUNI

EPIDEMIOLOGIE: boale infecto-contagioase.

APĂ DE BĂUT.

Soluția Carrel-Dakin

Preparată instantaneu, la toate formațiunile, pe front, în spitale, etc.

(12—15 compr. la litru de apă)

Spălătura plăgilor, irigațiuni, gargarisme.

(Prospectul)

„SPEPHAR" M. HOTT, str. Prof. Bogdan No. 2 bis, București.

Uricedina

în tratamentul bolilor de nutriție cum sunt: Guta, reumatismul, sciatica, boli de rinichi, afecțiunile vezicei urinare, boli ale ficatului și ale căilor biliare, atonie intestinală, obezitate.

Reprezentantă:

Loew & Co. S. A.

Sibiu

J. E. Stroschein, Chemische Fabrik K. G.

Berlin SO 36

Anertan Anertan-Oel

intramuscular percutan

hormon sexual masculin

(proplonat al testosteronului)

Pentru bărbați: în prostatism și astenii, în domeniul fizic, psihic și sexual.

Pentru femei: metroragii, mastopatii, prurit vulvar,

Pentru copii: în criptorhidie, infantilism, enureză, inapetență și lipsă de energie.

Anertan-fiole: 4 × 5 mg
4 × 10 mg
2 × 25 mg

Anertan-Oel:
10 g = 400 picături = 50 mg Anertan

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Conferinţa dela Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale asupra problemei izolării şi depistării tuberculozei pulmonare

Pentru a se rezolva problema depistării tuberculozei în masele mari ale populaţiei urbane şi rurale, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a decis să utilizeze metodele moderne de micro-radiofotografie care permit examinarea unui foarte mare număr de persoane în timp scurt.

In acest scop a fost convocată la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale o conferinţă prezidată de d. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale la care au participat d-nii: Dr. Stoichiţia, Secretar General al Ministerului Sănătăţii, dr Marius Nasta, dr. I. Jovin, dr. I. Daniello, dr. Sfinţescu.

După ce s'au examinat problemele legate de depistarea şi prevenirea tuberculozei sub toate aspectele. s'au luat următoarele hotărîri:

1). Se va organiza temeinic acţiunea de depistare a t. b. c. prin utilizarea aparatelor de micro-radiografie.

Ministerul Sănătăţii are comandate 16 de astfel de aparate în Germania, din care trei au sosit în ţară.

Prof. Holfelder dela Frankfurt am Mein care se află în ţară şi care procedează la depistarea t. b. c. la populaţia germană din România, va lucra cu medicii radiologi ai Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale cari vor studia astfel noua metodă.

2). In acest scop au fost însărcinaţi d. Dr. Daniello pentru regiunea Sibiului şi d. dr. Marius Nasta pentru regiunea Bucureştiului, cari să organizeze, de acord cu d. prof. dr. Holfelder, formarea specialiştilor noştri în micro-radiofotografie, cari vor activa în echipe mobile şi vor examina radiologic populaţia rurală şi urbană.

3) S'a hotărât de asemenea terminarea şi desăvârşirea tuturor sanatoriilor de t. b. c. pulmonară începute şi neterminate cum sunt acelea dela Baloteşti. Valea Iaşului. Câmpeni, Marila, Filaret.

Pentru ca organizaţia sanitară de Stat să dispună de un număr mare de paturi pentru tratarea şi izolarea t. b. c. pulmonară, s'a hotărât principial crearea în fiecare judeţ a unui spital-sanatoriu pentru izolarea t. b. c. pulmonari astfel ca bolnavii contagioşi să poată fi izolaţi şi trataţi în spital.

D-nii Dr. M. Nasta şi conf. Dr. I. Daniello au fost însărcinaţi cu alcătuirea unui plan de organizare pe ţară a acestor spitale judeţene şi în general a luptei contra tuberculozei.

Un an de activitate a Colegiului medicilor

In ziua de 1 Martie a. c., împlinindu-se un an dela instalarea comisiunei interimare, comisiunea a ţinut şedinţă cu care ocazie d. preşedinte agr. dr. *Gh. Marinescu* a prezentat darea de seamă de activitate.

D-sa a arătat că, cu toate împrejurările din cele mai grele pentru ţară şi profesiunea medicală, s'a desfăşurat o activitate intensă pe terenul profesional.

Cunoscând dorinţa corpului medical mai înainte exprimată, prin înfiinţarea cooperativei uzinelor sanitare «Paulescu-Gerota-Sumuleanu», s'a căutat să se atragă atenţiunea organelor de conducere ale statului asupra rostului şi importanţei acestei instituţiuni.

Am găsit înţelegere deplină a autorităţilor, cari au dispus deblocarea fondurilor cooperativei, fonduri cu care s'a şi cumpărat, pentru început, laboratorul S. A. Farmaolt.

Ţinând seama de un vechiu deziderat al corpului medical, comitetul a supus ministerului sănătăţii şi ocrotirilor sociale, un proect de decret lege pentru înfiinţarea Casei de credit, ajutor şi pensiuni a corpului medical, intervenind să fie însuşit şi transformat în lege.

In colaborare cu organele de conducere ale secţiunilor judeţene, comitetul a veghiat la aplicarea legei de organizare a colegiului medicilor şi în deosebi la aplicarea interdicţiei pentru medicii evrei de a profesa în mediul creştin.

Cu concursul medicilor stomatologi s'a întocmit şi depus la ministerul sănătăţii, un proect de decret-lege, reglementând practica dentară a medicilor, precum şi practica redusă.

Comitetul a colaborat cu ministerul sănătăţii, la numirile de membri în conducerea secţiunilor judeţene din Basarabia şi Bucovina, dând instrucţiuni pentru organizarea acestor secţiuni cari astăzi funcţionează normal.

S'a înlocuit timbrul sec ce se aplica pe recepte şi carnetele profesionale ale medicilor punându-se şi pe acestea, emblema unanim recunoscută ca reprezentând medicina.

Pe baza deciziei ministerului instrucţiunei, s'a interzis medicilor evrei de a mai purta titluri întrebuinţate în învăţământul universitar (docent, asistent universitar, conferenţiar etc.) .

S'au făcut importante reparaţiuni imobilului în care e instalat actualmente colegiul şi s'a achitat ipoteca ce greva acest imobil.

Şedinţa comisiunii centrale pentru combaterea mortalităţii infantile

La ministerul sănătăţii, a avut loc sub preşedinţia d-lui ministru prof. dr. Tomescu, şedinţa comisiunii centrale pentru combaterea mortalităţii infantile.

D. prof. dr. Petre Tomescu, ministrul sănătăţii a arătat grija permanentă pe care ministerul sănătăţii o are pentru capitalul uman biologic cu deosebită atenţiune pentru acel grup pe care-l constitue copilul şi în legătură cu el mama în cadrul familiei care trebue întărită şi ocrotită.

Această grijă este cu atât mai mare în împrejurările actuale în cât ministerul, în vederea aplicării programului de acţiune, a ţinut să aibă colaborarea comisiunii formată din specialiştii noştri la stabilirea celor mai bune măsuri în acest domeniu al ocrotirii familiei, mamei şi a copilului.

In afară de întocmirea unei legislaţii complete la care comisiunea este chemată a-şi da preţioasa ei contribuţie, d. ministru prof. dr. Petre Tomescu având în vedere în deosebi cifrele de mortalitate infantilă din ţară, cifre cari sunt sensibil influenţate de turburările de nutriţie mult mai frecvente în anotimpul călduros, pune în discuţiune mai multe probleme importante.

D. prof. dr. Titu Gane mulţumeşte d-lui ministru pentru iniţiativa şi propune generalizarea consultaţiilor şi dispensariilor de puericultură.

D. prof. dr. Nicolau, de acord cu programul schiţat de d. ministru, insistă asupra difuzării noţiunilor de puericultură în straturile cât mai largi

D. dr. Gh. Banu, propune împărţirea teritoriului pe regiuni din punct de vedere al protecţiei materno-infantile, în vederea organizării acestei protecţii şi sub aspectul deplasării specialiştilor la faţa locului şi colaborarea lor cu medicii de pe teren.

D. prof. dr. I. Bălteanu, propune crearea medicilor puericultori de plasă.

D. secretar general dr. I. Stoichiţia, spune că problema mortalităţii infantile reclamă soluţii complete care nu se pot pune la punct într'o singură şedinţă.

Pentru aceasta d-sa propune o serie importantă de măsuri.

D. secretar general dr. Stoichiţia vorbeşte apoi despre reorganizarea şi generalizarea consultaţiunilor de puericultură în mediul rural; organizarea în mediu urban a consultaţiilor de copii în cadrul dispensariilor de specialitate; întrebuinţarea şcolilor pri-

mare, în mediul rural ca grădiniţe de copii.

Au mai luat cuvântul *d. docent dr. A. Iancu, dr. A. Stroe, dr. C. Radu*, etc.

D. ministru *prof. dr. Petre Tomescu*, mulţumeşte membrilor comisiunii pentru colaborarea pentru care au binevoit să o aducă în acest domeniu.

S'a ajuns la următoarele hotărîri: organizarea acţiunii de educaţie şi propagandă prin:

Generalizarea şcolilor ţărăneşti de gospodărie casnică, igienică şi puericultură; difuzarea de broşuri pentru medici, pentru intelectuali şi de broşuri de popularizarea noţiunilor de puericultură; organizarea cursurilor de perfecţionare şi puericultură pentru medicii de circ.; instruirea moaşelor în domeniul puericulturei prin îndrumări practice pe teren cu ajutorul medicilor specialişti; rezolvarea problemii preparatelor medicale şi didactice; reorganizarea şi generalizarea consultaţiilor şi dispensarilor de puericultură; organizarea grădiniţelor de vară pentru copiii de vârsta preşcolară în mediul rural cu ajutorul consiliului de patronaj al operelor sociale.

Mişcare în corpul medical

Se face următoarea mişcare în personalul medical din serviciile pendinte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, în conformitate cu dispoziţiunile prevăzute în legea sanitară şi de ocrotire şi în baza avizului dat de comisiunea administrativă ce funcţionează pe lângă acel departament, în şedinţa dela 18 Februarie 1942, prin procesul-verbal cu Nr. 17:

D. dr. Anton Dobrescu, medic primar cu concurs la Casa Asig. Sociale Craiova, specialitatea boli venerice, se transferă definitiv în postul de medic primar al serviciului de boli dermatovenerice dela spitalul Filantropia din Craiova.

D. dr. Ioan F. Mişa, medic secundar cu concurs la spitalul din Galaţi, secţia boli contagioase, se transferă la spitalul de boli contagioase din Buzău.

D. dr. Costin Cornel, medic secundar cu concurs la spitalul central din Arad, secţia de chirurgie, se transferă la spitalul Asigurărilor Sociale din Brad.

D. dr. Columb Haralambie, medic secundar cu concurs la secţia chirurgicală a spitalului Oraviţa, se transferă la spitalul Asigurărilor Sociale din Reşiţa.

D. dr. Creangă Eugen, medic secundar cu concurs la spitalul «Sf. Spiridon» din Galaţi, se transferă la spitalul Călăraşi, serviciul chirurgical.

D. dr. Sbârcea Ion, medic secundar cu concurs la spitalul oftalmologic din Braşov, se transferă la spitalul «Gh. Mârzescu» din Braşov, secţia ginecologie şi obstetrică.

D. dr. Roşca Remus, medic secundar cu concurs din 1941, se numeşte medic secundar la spitalul Câmpulung-Muscel, secţia de chirurgie.

D. dr. Stoleru Dumitru, medic primar radiolog la Policlinica serviciului sanitar al Municipiului Cernăuţi, se confirmă definitiv în acest post pe baza concursului depus în 1939.

D. dr. Ioan St. Mălăcescu, medic de circ. cu spital, definitiv, la Isaccea-judeţul Tulcea, se transferă definitiv medic de circ. urbană la oraşul Ismail.

D. dr. Grigore Tăbăcaru, medic igenist la serviciul sanitar al Municipiului Cernăuţi, se confirmă definitiv în acest post.

D-na dr. Aurora Badenschi, medic asistent de laborator la spitalul Central de boli mintale şi nervoase din Bucureşti, se confirmă definitiv în acest post.

D. dr. Gherasim Nicolae, medic asistent la laboratorul spital. «Schuller» din Ploeşti, se confirmă definitiv în acest post.

D-na dr. Torgan Maria, medic asistent de laborator la Maternitatea Giuleşti din Bucureşti, se confirmă definitiv în acest post.

D. dr. Teodorescu Teodor se confirmă medic asistent de laborator la spitalul «Dr. N. Creţulescu» din Câmpulung, jug. Muscel.

D-na Constantin Lupu Iuliana, farmacistă la Depozitul regional de materiale sanitare din Craiova, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

D-na dr. Cernica Beroniade Victoria, medic stomatolog la spitalul Central de boli mintale şi nervoase din Bucureşti, se confirmă definitiv în acest post.

D-na Elena Grecu Olaru, asistent-chimist la laboratorul central al spitalului Central de boli mintale şi nervoase din Bucureşti, se confirmă definitiv în postul ce ocupă.

Noul comitet al Societăţii de Obstetrică şi Ginecologie

Societatea de obstetrică, ginecologie şi puericultură, din Bucureşti, în şedinţa din 10 Martie a ales următorul comitet pe anul 1942: preşedinte, prof. dr. D. Săvulescu; vice-preşedinţi, d-rii: I. Garoiu, L. Mavromati şi casier, d-na dr. Lucia Bancheriu-Florian; bibliotecar, dr. Alex. Stoenescu; secretari de şedinţă d-nii: Nedelcu Athanasie, Stanca Octavian, Şerban Alexandru şi Carşinescu Maria; membrii în comitet d-rii Lucian Skupiewski, Mircea Constantinescu, Constantin Stanca, Milcu Ştefan, Al. Bădescu.

Alegerea farmaciilor vacante de către candidaţi reuşiţi la examen

La 24 Martie a. c. a avut loc la Ministerul sănătăţii şi Ocrotirilor sociale, alegerea farmaciilor vacante de către candidaţii reuşiţi la examenul de clasificare al farmaciştilor.

Alegerea locurilor a fost prezidată de *d. prof. dr. P. Tomescu*, participând la această solemnitate membrii comisiei de examen, *d-nii prof. dr. N. Gh Lupu. prof. dr. I. Vintilescu, prof. dr. Bordeianu.*

D. prof. dr. P. Tomescu, ministrul sănătăţii şi ocrotirilor sociale luând cuvântul, mulţumeşte călduros tuturor candidaţilor care au înţeles să dea concursul lor reorganizării farmaciei publice din ţara noastră.

In cel mai scurt timp, conform aprobării pe care *d. Mareşal Antonescu* a binevoit să o dea, problema finanţării noilor farmacişti va fi soluţionată în sensul ca să se acorde noilor concesionari creditele necesare pentru deschiderea noilor farmacii.

Ministerul sănătăţii şi ocrotirilor sociale doreşte ca farmacia să fie o instituţie sanitară de seamă care să contribue la ridicarea culturală şi sanitară a satelor şi oraşelor noastre.

D. farmacist *Goinea* în numele farmaciştilor reuşiţi mulţumeşte d-lui ministru pentru reforma farmaciei publice care a rezolvat multe din problemele cele mai arzătoare ale profesiunei de farmacist.

Deasemenea arată că prin măsurile luate s'a dat posibilitatea creierii unui număr important de farmacii în mediul rural.

Cei 546 farmacişti reuşiţi la examen au ales în ordinea clasificaţiei cele 550 concesiuni de farmacii vacante în ţară.

Ei urmează să le organizeze în cel mai scurt timp.

Repartizarea la spitale a studenţilor în medicină

Pentru utilizarea la spitalele din zonele interioare a studenţilor în medicină, Marele Stat Major, de acord cu Ministerul Sănătăţii a prevăzut pentru Facultatea de medicină din Bucureşti, toate spitalele ce vor funcţiona în judeţele din Muntenia, Oltenia, Dobrogea şi Braşov.

Repartizarea se face de către Facultate.

Pentru a se veni cât mai mult în ajutorul studenţilor, s'a hotărît ca la această repartizare să se ţină seama, în primul rând de dorinţa şi interesele personale ale fiecărui student.

In acest scop, studenţii sunt invitaţi să depună la secretariatul Facultăţii de medicină o notiţă scrisă în care să se treacă: trei judeţe în ordinea preferinţei.

Estetica Feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SĂRĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: Acnee rozacee.
Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții intramusculare în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existență
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPII până în 3 ani o linguriță în oră.
COPII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULȚI 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute *și* cronice *la copii și adulți*, diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza *etc.*

Pentru literatură și eșantioane a se adresa reprezentanței generale București, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

fabrica de produse chimice
aedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69 03

Scăpați pacientele Dvs. de chinurile **menopauzei**

Dându-le

Ovarinan

3 × 2 tablete pe zi

AMBESID

TABLETE ŞI FIOLE

Preparat sulfamidat

Conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid în tablete

Fiole de 2 şi 5 cc. cu un conţinut de 10%

Indicat în stările de infecţiuni cu streptococi, stafilococi, pneumococi, meningococi, gonococi şi colibacili

SYNTHOESTRIN

Tablete şi fiole

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4.4' Dipropionil - oxi - alfa - beta dietilstilben.

Acţiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut
şi uşor divizibile în sferturi.

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin St. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Cât eva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

Perlatan

Foliculină dozată ponderal

Activ şi în doze mijlocii în tratamentul

INSUFICIENŢELOR OVARIENE

Comprimate cu 500 şi 1000 U. I.
Picături (1 ccm = 1000 U. I.)
Fiole cu 500, 1000 şi 10000 U. I.
Supozitoare cu 1000 U. I.

în turburările menopauzei:

Perlatan-Calcium

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XX No. 8 — 15 Lei Exemplarul — 15 Aprilie 1942

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAȚIUNEA

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ȘTIINȚIFICĂ ȘI DE PRACTICĂ MEDICALĂ

APARE LA 1 ȘI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Proiesor Dr. P. TOMESCU

REDACȚIA ȘI ADMINISTRAȚIA:
Str. Olari 15, București IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACȚIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaș E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărășanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Pașcanu O., Pavel I., Popescu Șt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Țețu I., Țovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREȚUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenți: 100 Lei

Anunțurile se primesc la Administrația revistei.

Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, București, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ȘTIINȚIFICE

Docent Dr. I. ȚEȚU: *Considerațiuni în legătură cu plăgile de război laryngo-tracheale* 113

Dr. S. ȚOVARU: *Problema secheleior în chirurgia de război* . . . 114

Dr. EUGEN MORARIU: *Actualitatea fizioterapiei în tratamentul urmărilor plăgilor de război ale membrelor* 116

Dr. OVIDIU CONSTANTINESCU: *Empiem metapneumonic voluminos la copil, vindecat prin spălături pleurale cu soluție de Piridium.* 116

Pagina

Dr. MINCIU ILIE și Dr. GRIGORIU TH.: *Intoxicație gravă cu turburări neuro-psihice consecutivă inhalării de tetra-etil de plumb.* 119

ARTICOLE PROFESIONALE

Dr. MARIN ENĂCHESCU: *Cărțile medicale românești. Constatări și remedii* 122

NOTE ȘI INFORMAȚII

Deschiderea concursului de secundariat în medicină ; Conferința medicilor primari de spitale și de județ din regiunea București . . 124

Pagina

BIBLIOGRAFII

La hernie postérieure du menisque intervertébral. Hernie nucléaire postérieure, et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux.* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri și 2 planșe, 40 fr.

Les explorations fonctionnelles par *Noël Fiessinger.* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

Les hepatites, par *Maurice Loeper,* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 262 pagini cu 47 figuri, 60 fr.

Maladies des Veines (*Delater* și «*A. Basic* understanding of varicose veines» de *J. Mc. Callig* (*Mayo Fond*). The Journal of. the A. M. A. Vol. 115. 1940.

Psychiatrie d'urgence, par *A. Filassler,* «Les petits precis», par *A. Cautonet,* Edition Librairie Maloine.

CORTENIL

Preparat sintetic

de hormon al cortico-suprarenalei

Cutie cu 3 fiole a 1 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. București I, Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92.86

La dureri

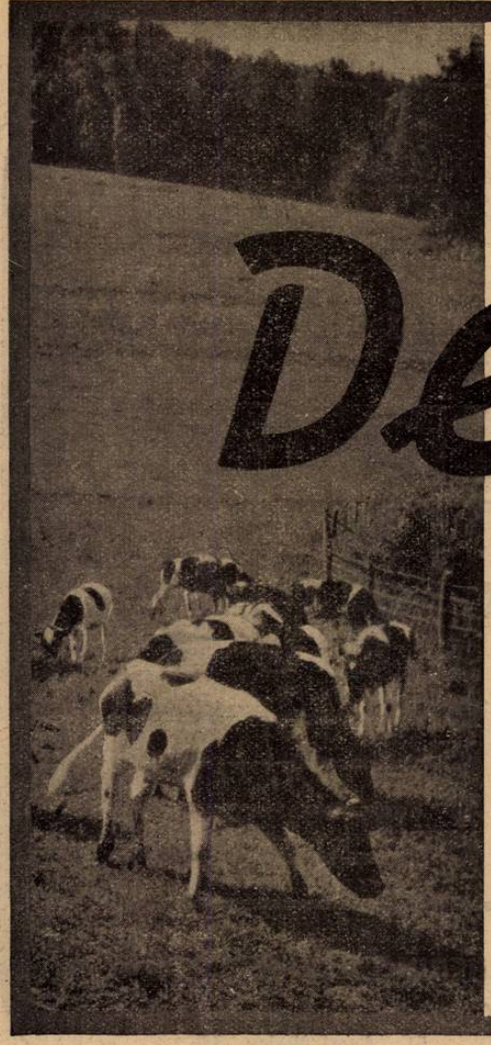
QUADRONAL

SIGUR * EFICACE * BINE TOLERAT

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI



PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

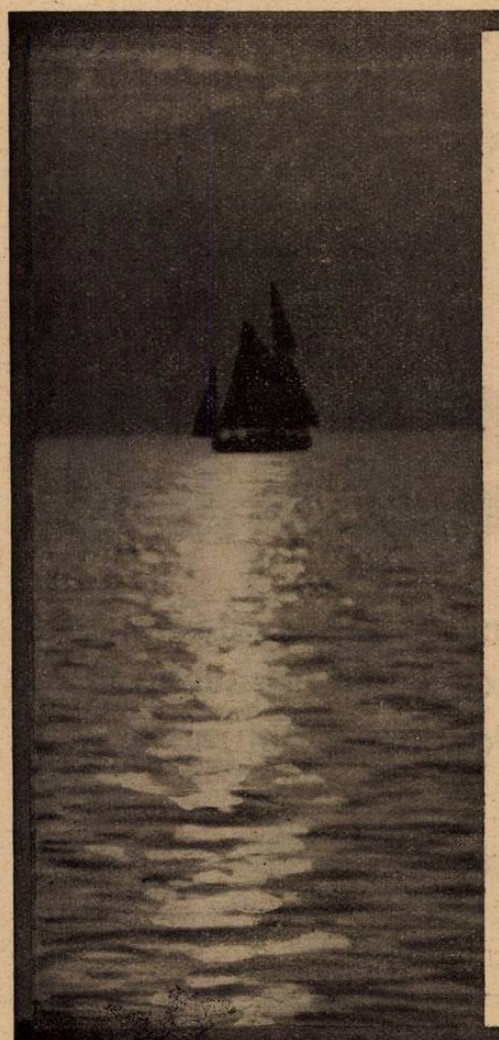
conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



Liniștea noaptea

fără turburări consecutive a stării generale prin

NOCTAL

Tuburi cu 10 comprimate de 0,20 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6.

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Normacol

Schering

Laxativul fiziologic

Superioritatea capacității de a se umfla a Normacol-ului

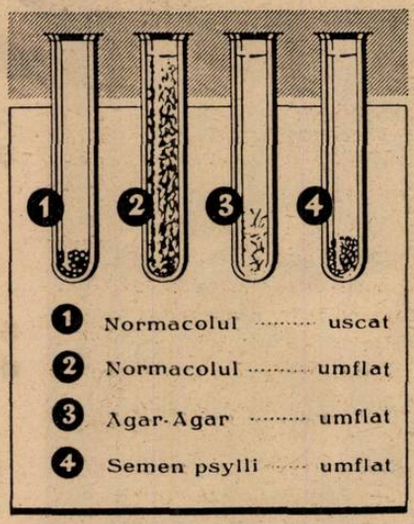
față de alte substanțe naturale este dovedită experimental.

Experiența clinică

arată, că corespunzător capacității sale mărite de a se umfla, cu Normacolul se obține un scaun mai voluminos. Scaunele cu Normacol nu diferă de loc de scaunele normale.

40 publicațiuni științifice

din clinică și practică certifică calitatea și siguranța Normacol-ului.

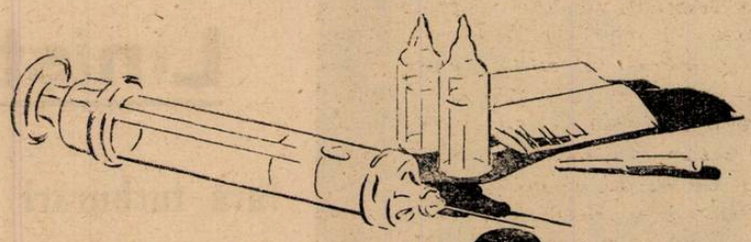


Cartoane cu 100 și 250 gr.

SCHERING A. G. BERLIN N 65

CODERE, S. A., București
Str. Aurel Vlaicu, 33

In afecțiunile metasifilitice, aortită sifilitică și pentru aplicarea tratamentelor de consolidare



Solvarsin

combinație arsenicală pentavalentă, în injecțiuni intramusculare și intravenoase neiritante, sub formă de soluție gata preparată.

BAYER

»Bayer«
Leverkusen a. Rh.

Cutii cu 5 fiole de câte 2 cmc., 3 cmc. și 5 cmc.

Reprezentanța generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R București I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3.92 86.

Anul XX No. 8 15 Lei Exemplarul 15 Aprilie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Consideraţiuni în legătură cu plăgile de război laryngo-tracheale

de Doctor I. TEŢU

Rănile aparatului respirator, — laryngе, trachee, bronşii şi ţesut pulmonar, — provocate de armele de foc sunt în general de natură gravă şi numai un număr restrâns de astfel de răniţi ajung în instituţiile sanitare din imediata apropiere a frontului sau în cele de zonă interioară. Dovada ne-o oferă statistica Spitalului Z. I. No. 345, creat cu destinnaţia primordială de a îngriji rănile din domeniul o. r. l., unde la un număr de 1200 de răniţi internaţi în timp de 6 luni am avut 21 de cazuri cu rănir în zona laryngo-trachеală, deci un procent sub 2%. Acest procent este — cu siguranţă — mult prea mic faţă de realitate şi disproporţia apare mai evidentă, dacă-l raportăm la totalul plăgilor cari interesează regiunea gâtului şi feţei care este impresionant de mare. Nu-i mai puţin adevărat, că astfel de răniţi au fost internaţi pentru îngrijire şi în spitalele de chirurgie generală, probabil în aceeaşi proporţie. Cauza, că numai un procent mic ajunge în spitale, constă în faptul, că cele mai multe din cazuri sunt extrem de grave şi rămân pe câmpul de bătaie.

Clasificarea acestor răni o putem face după regiunea lovită, după felul proectilului şi după întinderea leziunilor.

Cazurile observate şi urmărite de noi au interesat laryngele în toate porţiunile lui: vestibulul laryngean, glota propriu zisă, cu străpungerea aparatului fonator în sens antero-posterior şi lateral şi regiunea subglotică.

Din punct de vedere al proectilului provocator de rană, am întâlnit 8 cazuri datorite glontelui de armă, alte 8 cazuri schijelor de obuz, 4 schijelor de mortier-Brandt şi o rănire provocată de glontele dum-dum, deci procentul cel mai ridicat, de 8% îl dau gloanţele de puşcă şi schijele de obuz, iar schijele de Brandt dau un procent de 4%.

Aspectul plăgii variază de la caz la caz şi este în legătură cu proectilul provocator. Glontele obişnuit de armă produce un orificiu de intrare mic, cel de eşire mai mare, însă fără ruptури prea întinse. Schijele de obuz, de Brandt, de bombe ca şi glontele dum-dum rup în masă ţesuturile, lăsând în urma lor răni impresionante şi de întinderi neînchipuit de mari. Din cazurile noastre, 2 au prezentat distrugerea ţesuturilor a unei jumătăţi întregi a gâtului, începând cu marginea sterno-cleido-mastoidiană şi mergând până la linia mediană, descoperind muşchii spaţiului tyro-hyoidieni, glanda submaxilară, glanda tyroidă, despicând cartilajul tiroid şi peretele antero-lateral al hypo-faryngelui, formând o laryngostomă însoţită de o fistulă esofagiană. Respiraţia în amândouă cazurile se făcea pe cale artificială, la unul, un locotenent de rezervă, printr'o canulă aşezată la locul de electie al tracheei, la al 2-lea, canula era introdusă chiar în larynge prin ruptura laterală a cartilajului tiroid. La amândoi aveam comunicaţie cu ezofagul pe care am demonstrat-o cu soluţia de albastru de metylen şi soluţie de prontozil, ce am dat bolnavului să înghită şi cari au apărut în plaga exterioară. Din această cauză i-am hrănit cu tubul Faucher, pentru a pune ezofagul în repaos şi a evita supra infectarea plăgii.

Cele mai multe din cazuri au prezentat plăgi în seton, cu direcţii diferite, interesând în acelaş timp şi alte organe, mai ales plexurile nervoase cervicale. La unul din răniţi am avut o plagă oarbă, produsă de o schijă de obuz, cu poarta de intrare în regiunea tiroidiană laterală stângă, cu străpungerea corzilor vocale şi fixarea schijei în regiunea hyoidiană de partea opusă, cu emfizem subcutanat până în regiunea sterno-cleido-mastoidiană.

Modificările endolaryngiene constatate în cursul laryngoscopiei variau de la caz la caz. Unii prezentau sufuziuni sanguine cu aspect de hematom de diferite mărimi, edemul ţesuturilor străpunse sau în vecinătatea lor, alţii smulgerea arytenoizilor şi fragmentarea corzilor vocale. De multe ori nu mai recunoşteam punctele de reper ale aparatului fonator şi glota era redusă la o crăpătură neregulată pe unde se făcea respiraţia.

Mobilitatea corzilor vocale am găsit-o aproape la toate cazurile scăzută, din care cauză vocea era dysfonică până la afonie. Mişcările corzilor vocale erau împiedicate de traumatismul însuşi şi de produsele lui — hematom, edem, ruptură — sau de procesul inflamator provocat de rănire.

Alimentaţia, afară de cele 2 cazuri cu fistulă ezofagiană s'a făcut numai pe cale naturală. Durerea în timpul înghiţitului deşi destul de supărătoare, a fost suportată de răniţi cu uşurinţă şi toţi preferau hrănirea pe cale naturală. Chiar pe cei doi răniţi cu esofagul deschis nu i-am ţinut tot timpul la alimentaţia cu tubul, deoarece alimentele ajunse în stomac prin mijlocirea cavităţii bucale au o putere de asimilare mai bună şi menţin capacitatea de luptă a organismului..

Complicaţii serioase n'am întâlnit la nici unul dintre răniţii noştri, în legătură cu aparatul respirator sau cu organele învecinate. Fenomenele tracheo-bronşice observate, chiar dacă erau însoţite de manifestaţiuni termice ridicate, nu depăşeau pe cele cari suntem obişnuiţi să le observăm în cursul inflamaţiilor laryngeene banale.

Plăgile au evoluat surprinzător de bine şi cu o tendinţă vădită de rapidă cicatrizare. Rănile laryngelui, dacă nu conţin fragmente cartilaginoase şi sunt scutite de comunicaţia cu ezofagul se închid uşor, lăsând o cicatrice destul de estetică şi calibrul laryngean tinde să se refacă. Cazul locotenentului pe care l-am amintit, cu toată mărimea distrugerilor de ţesuturi s'a vindecat repede, l-am putut decanula din vreme şi a rămas cu o voce răguşită, dar destul de inteligibilă. Evoluţia acestui caz ne-a impresionat cu atât mai mult, cu cât deschizătura hypofaryngelui prezentă din primul moment n'a împiedicat vindecarea plăgii, decanularea şi refacerea calibrului laryngean într'un interval destul de scurt.

In general, comunicaţia cu căile alimentare agravează mult prognosticul rănii. Ezofagul prin natura structurii şi funcţiunii lui este predispus de a se fistuliza şi cu toată hrănirea cu ajutorul tubului, supuraţia instalată este de durată lungă, contribuind la slăbirea rezistenţei organismului şi la împiedicarea cicatrizării ţesuturilor rănite. Situaţia se agravează mai mult dacă fistula ezofagiană este însoţită

de un proces de chondrită sau perichondrită a cartilajelor laryngeene, care prelungesc mult mersul boalei, reclamând intervenţiuni multiple şi migăloase. Un astfel de caz avem şi acum în spital, internat din luna August, prezentând ruperea ţesuturilor gâtului de glonte, cu laryngele şi ezofagul deschise, cu fragmente multiple de cartilaj tiroid, care, cu toate intervenţiile noastre, abea s'a cicatrizat după 5 luni, rămânând bine înţeles purtător de canulă tracheală. Intervenţiile ulterioare au constat din scoaterea resturilor de cartilaj necrozat şi de ridicarea mugurilor cărnoşi cari creşteau în mod impresionant.

Cu privire la turburările respiratorii, dyspneea poate fi accentuată, ajungând până la apnee, reclamând tracheotomia de extremă urgenţă. Totuş, noi susţinem, că dacă s'a trecut primul moment şi bolnavul n'a fost trachectomizat imediat, se mai poate aştepta cu aplicarea canulei tracheale. Să ţinem seamă de principiul permanent al medicinii, că evitarea oricărui şoc constituie un câştig însemnat pentru vindecarea rănitului.

Din cele 21 de cazuri internate, 3 au venit tracheotomizaţi, deci un procent de 15 la sută, dintre care unul a putut fi decanulat, iar ceilalţi poartă şi acum canula şi sunt puţine speranţe că vor putea scăpa de ea.

In linii generale, noi susţinem, că în toate cazurile de răniri ale gâtului, unde există riscul asfixiei, să se practice imediat tracheotomia, la un punct cât mai îndepărtat dela locul rănirii şi în cazul că laryngele este deschis în plagă, să se facă abstracţie dela această deschizătură şi să se aplice canula la locul de elecţie, întrebuinţând o canulă de un calibru cât mai larg posibil.

Cât priveşte funcţia vocală, la început totdeauna este alterată, variind de la simpla răguşală până la complecta afonie. Turburările vocale se datoresc distrugerilor pricinuite de proectil, care poate atinge toate ţesuturile aparatului fonator. Leziunile anatomo-patologice constatate de noi au variat dela caz la caz, întâlnind hematomul endolaryngean, ruptura corzilor vocale, infiltraţia ţesuturilor perilaryngeene şi paralizia corzilor vocale.

Alterarea vocii se amendează sau dispare complect, pe măsură ce leziunile anatomo-patologice locale se vindecă sau rămân definitive. Unii din răniţii îngrijiţi de noi şi-au recăpătat vocea integral, ca şi înainte de rănire, cei mai mulţi au rămas cu vocea schimbată, cu timbrul şi sonoritatea reduse.

Cu privire la evoluţia disfoniilor să fim cât se poate de rezervaţi şi să ne aşteptăm la surprize plăcute. Dacă examenul laryngoscopic nu ne indică modificări structurale adânci şi întinse, dacă cicatricea n'a redus şi n'a anchilozat toate articulaţiile vocale, să ne aşteptăm, chiar după un timp îndelungat la revenirea voci în condiţiuni acceptabile pentru viaţa socială. Să avem în mintea noastră mereu trează ideia, că larynxul este un organ cu o mare putere de adaptabilitate şi prin rolul lui fiziologic, singur îşi face reeducarea funcţională.

Funcţia compensatorie a bandelor ventriculare, cari pot deveni adevărate coarde vocale, producând o voce sonoră şi inteligibilă este prea bine cunoscută şi de aceea să nu disperăm chiar în faţa răguşelii celei mai rebele. Uneori şi elementul psihic joacă un oarecare rol în menţinerea stării disfonice, pe care-l putem combate pe lângă medicamentele tonifiante (strychnină, betaxin ş. a.) şi cu aplicarea de curenţi electrici. Unul din răniţii noştri prezentând o afonie tenace consecutivă rănirii corzilor vocale, de o durată de câteva luni şi-a recăpătat brusc vocea, prin aplicarea unui şoc electric puternic. Tratamentul electric însoţit de gimnastica vocală sunt măsurile terapeutice cele mai însemnate cari trebuesc puse în aplicare în toate cazurile. Organizarea centrelor de reeducare vocală trebue începută de pe acum, ca după război să avem totul pregătit — personal şi material — în vederea redării voci acestor invalizi.

Ingrijirea răniţilor laryngo-trachealî se bazează pe perceptele chirurgiei generale, adăogând controlul laryngoscopic şi technica intervenţiilor endocavitare. Explorarea pe cale indirectă sau directă a aparatului fonator trebue făcută în mod sistematic şi continuu, pentru a avea în faţa noastră imaginea de fiecare zi a aparatului vorbirii şi a supraveghea evoluţia endolaryngeană a procesului de organizare. Să nu neglijăm îngrijirile de ordin general al acestor răniţi şi să creiem în saloane, prin menţinerea unei temperaturi constante şi aeraţi suficiente, atmosfera prielnică, reclamată de buna funcţionare a larynxului.

De aceea se impune să avem personal ajutător bine pregătit şi specializat în îngrijirile rănilor căilor respiratorii, care reclamă mai multă atenţie şi răbdare.

In general putem susţine că, răniţii laryngo-trachealî ajunşi în spitalele dinapoia frontului, deşi prezintă leziuni serioase, se pot vindeca în condiţiuni care le permit să ducă o viaţă socială normală, putând fi redaţi chiar serviciului militar.

Problema sechelelor în chirurgia de război

de Dr. S. ŢOVARU
Docent universitar şi Chirurg primar

Vindecarea unui rănit nu se mărgineşte, cum s'ar părea, la simpla cicatrizare a plăgii sau consolidare a fracturei. Acestea constitue **numai o**biectivele primordiale şi partea cea mai bine codificată a terapeuticei rănirilor de război. Ele aparţin **exclusiv** chirurgului. Sarcina acestuia ca şi obligaţia Statului însă nu e terminată odată cu vindecarea rănitului sau cu pensionarea invalidului clasat.

Un rănit vindecat rămâne, ani dearândul, într'o stare de invaliditate potenţială, latentă. Aceasta este o constatare nouă asupra căreia nu s'a insistat îndeajuns.

In adevăr, partea cea mai anevoioasă, care ridică, în timp, o serie de necunoscute şi care angajează, solidar, şi competinţa ortopedului, fizioterapeutului şi neurologului, începe odată cu problema *urmărilor*, apropiate sau îndepărtate, ce pot avea unele răniri de război. Oricât de distanţate ar fi ele, prin interval de timp sănătos, legătura lor de cauzalitate directă este astăzi nediscutată. Experienţa războiului trecut şi literatura din cei 22 de ani ce s'au scurs, demonstrează cu prisosinţă. Câte amputaţii de membre, infirmităţi variate şi chiar morţi survenite după scurgerea de ani de la rănire, nu cuprind observaţiile publicate!

Firesc, astăzi, medicii specialişti cuprind în preocupările lor şi eventualităţile acestor urmări, rare şi îndepărtate, ale traumatismului de război. Asemenea preocupări, ce constitue o *orientare nouă* pentru reglementarea solicitudinei ce Statu' o datorează foştilor săi apărători, tind să apere deopotrivă: încrederea luptătorilor în prestigiul chirurgului, siguranţa în solicitudinea statului şi securitatea intereselor familiei româneşti.

* * *

In apariţia acestor sechele intră în joc o serie de factori ce trebuesc evidenţiaţi. Socotim oportun şi necesar a face acest lucru, după concepţia actuală, deoarece prin aceasta vom atrage atenţiunea mai ales asupra *asistenţei îndepărtate şi integrale a luptătorilor vindecaţi dar al căror corp poate rămâne, în decursul anilor, un vast câmp de sechele.*

1. Un rol primordial în apariţia sechelelor îi joacă factorul **timp**. E drept că nimeni nu poate preciza cât timp trebue aşteptat pentru apariţia unei

NOVARSENOBENZOL BILLON

RĂMÂNE MEDICAMENTUL CEL MAI INDICAT AL

TRATAMENTULUI DE ASALT AL SIFILISULUI

INJECȚII ÎNTRAVENOASE

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
Specia
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"

DRÉVILL

Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, București III

CINNOBIOL
INJECȚII

Cinamat de Benzil, Cholesterină, Eucaliptol, Guaiacol.

Imunizație artificială contra infecțiunilor bacilare, afecțiuni ginecologice (leziuni inflamatorii, ulcerații produse de agenți patogeni).

1—2 fiole intramusc. pe zi

ANTIASTHMATIC IFAR
SIROP

Iodură de codeină, Ephedrină, Cofeină, Tinct. Lobelia, Sirop de Thiocol și de Belladona.

Indicat în astm bronchic, cardiac, tusa spasmodică, enfizem pulmonar, bronșite acute și cronice, dispnea paroxistică, coriza spasmodică.

Mostre și literatură Laboratorul „IFAR"

Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — București IV

Telefon 5.67.48

LAVAGINE

higiena intimă a femeii

ANTISEPTIC

USAJ EXTERN

AMETELI
INSOMNII
TURBURĂRILE
RITMULUI CARDIAC

REGULATOR
AL CIRCULAȚIEI
ȘI SEDATIV
VAGO SIMPATIC

CEPHALO

KALMO — NERVIN

Mostre gratuite la cerere: MEDIROM SAR *Str. Olari 23* BUCUREȘTI IV

anumite sechele. Acesta variază dela **câteva luni la câtiva ani. Literatura** ultimilor 22 de ani abundă în asemenea fapte. Câteva exemple sunt edificatoare: Un *anevrism arterio-venos* traumatic de ex., poate apare numai după câteva luni dela vindecarea rănii, în timp ce o *hernie diafragmatică* la nivelul unei cicatrici a diafragmului stâng se poate manifesta după câtiva ani, iar un traumatizat cranio-encefalic vindecat rămâne expus la amenințarea unui *abces cerebral* sau *epilepsii Jacksoniene* timp de 15 ani! Un *glonte*, de asemenea, poate fi tolerat inclus în organism zeci de ani, până când capriciile migrațiunei îl opreste lângă un organ care reacționează sgomotos.

2. Nu mai puțin important este factorul teren, în decursul timpului, intervenția factorului individual — humoral, hormonal sau tisular — poate determina apariția sechelei.

Câteva fapte edificatoare: *alcalinitatea* sau *aciditatea*, locală sau generală, a țesuturilor influențează asupra durerii, cicatrizării și calusului; *hormonul pancreatic*, regulator al rețelei capilare din cicatrice, exercită și el o influență asupra procesului de cicatrizare; indivizii cu *tensiunea* Mx. scăzută și Mn. ridicată sunt predispuși la cicatrizări diforme; liberarea *histaminei* din pielea traumatizată nu poate fi străină de unele oedeme zise ale lui Quincke sau de unele sechele dureroase și trofice; de asemenea perturbația *calcemiei*, în contracțiunile extremităților. *Calciuria* persistentă este și ea generatoare de calculi renali la anumiți răniți cu leziuni infectate cronice ale scheletului.

La baza cronicității multor fistule osteopatice se știe că este terenul *sifilitic*, iar la originea unor false redori articulare sau contracțiuni ale extremităților sau unor plicaturi vertebrale de război, se dăsește constituția *pithiatică*.

Iată așa dar o serie de fapte unde terenul joacă un rol indiscutabil în geneza sechelelor.

Cu toate că rănițiii sunt, în genere, tineri netarați, circumstanțele însă în care se exercită traumatismul de război, determină, probabil, o labilitate biochimică humorală a luptătorului.

3. Un rol notoriu în apariția sechelelor îl au «**spinele iritative**». In decursul anilor ele pot da naștere la tot felul de turburări în corpul rănitului.

Câteva exemple: *cancerizarea* unor cicatrici de război sau *degenerarea* malignă a vechilor focare de osteită fracturară — amândouă ducând la amputațiuni tardive; *epilepsii* Jacksoniene, *sindrome simpatice* sau *psichice* diferite, *halucinația* cu dureri a bontului de amputație, localizări târzii ale procesului *tuberculos*, etc.

4. Factorul **repercusivitate**, simetrică sau la distanță, joacă un rol însemnat în apariția anumitor sechele.

Astfel, atingerea secondară sau târzie, a membrului *opus sănătos* în cauzalgie, este un fapt cunoscut ca și diminuarea vederei ochiului rămas sănătos; leziunea unui nerv bogat în fire simpatice (median, cubital, sciatic) poate produce, *la distanță*, ulcerații trofice rebele ale extremităților ce creiază o adevărată infirmitate ce poate duce, uneori, la amputație tardivă. De asemenea *extensiunea* târzie la distanță a unei leziuni nervoase sau vasculare, ca nevralgia ascendentă a membrelor ce poate duce la reamputații, dovedite inutile; atingerea ganglionilor simpatici sau medulari în cauzalgia extremităților; *asistolia* anevrismelor traumatice etc., sunt atâtea fapte azi bine cunoscute.

Cine se preocupă de *răsunetul* târziu ce-l poate avea amputația unui membru asupra măduvei, vaselor, organelor sau stării humorale? Un bont fiziologic, o proteză bine suportată și o pensie viageră, la atât se rezumă grija pentru un rănit amputat.

5. Factorul **reacțiune** secondară sau tardivă, poate fi la origina apariției unor sechele.

Simpaticul regional reacționează, de regulă, de timpuriu prin fenomene circulatorii (oedem, cianoză), trofice (atrofie, țesuturi suculente), sudorale (glossy skin), termice (senzații de arsuri sau de frig), sau dureroase, dând naștere la o serie de sindrome. Acestea se caracterizează, în genere, prin discordanța dintre puținătatea leziunilor și amploarea manifestărilor clinice, ceeace aduce cu sechelele pithiatice, acestea din urmă însă dispărând sub narcoză.

Mușchii reacționează și ei, fie prin atrofie secondară, fie prin contractură reflexă, la distanță de leziune.

Scheletul poate reacționa la o plagă de război în mai multe feluri: prin calcifieări focale, exostoze, calcifieări para sau periarticulare, osifieări de ligamente sau invers prin decalcificări, osteoporoze (rarefacție) sau osteolize (topiri) locale sau regionale. Toate acestea pot da naștere la tot felul de turburări, dureri persistente sau impotențe funcționale, în special la extremități.

In fine *sinovialele* articulare și chiar *dura mater* pot reacționa târziu prin îngroșeri la o leziune de vecinătate a scheletului dând turburări ce le sunt proprii.

Pe de altă parte, absența unei reacțiuni salutare a *sângelui* la rănitii cari au avut hemoragii repetate sau abundente, poate da naștere la o anemie aplastică durabilă mai ales la vechii malarici.

6. Un factor potențial îl constitue persistența îndelungată a **microbismului latent** în cicatricele reziduale ale rănițiilor. Plăgile cari au supurat mult timp și cari păstrează incluse în cicatrice corpi streini microscopici, au acest apanagiu. Experiența a arătat că virulența latentă a *microbilor banali* de supurație sau a *sporilor tetanici* incluși în cicatrice poate fi trezită, târziu, cu ocazia unui traumatism accidental sau operator. Chiar absența oricărui traumatism e susceptibilă de a declanșa, de ex. «tetanosul local», tardiv, benign și curios al bonturilor de amputație.

De asemenea, câți dintre răniții vindecați nu continuă, ani dearândul, să *elimine sechestre* prin fistulele osteopatice ce se deschid sporadic!?

7. Unele sechele sunt **neprevizibile** în momentul vindecării rănii, în timp ce altele sunt **supozabile**. Cine poate prevedea, de ex. la un rănit vindecat, multiplele cauze de amputații tardive? Cine poate ști ce ar putea urma, câte odată, după scoaterea unui gips, de la membrul superior de ex.? Se poate presupune însă că o algie persistentă oarecare — simpatalgie (cauzalgie sau crialgie), nevralgie ori psichalgie — poate duce la morfinomanie și la alterația stării psichice. De asemeni oricine poate aștepta ca o leziune vindecată a scheletului să dea fie o *scurtare a membrului*, fie o *deviație* a segmentului, fie o *mobilizare anormală (pseudartroza)* a diafizei, fie o *imobilizare* (anchiloza) a articulației, fie, în fine, o *paralizie secondară* prin înglobarea nervului în calus.

Se știe că *absența unei dirijări a cicatrizării*, superficiale sau profunde, poate avea ca urmări deformațiuni ale membrelor cu pierderea târzie a funcțiunilor, uneori fără revenire. Dacă o astfel de cicatrice retractilă, a *tegumentelor* de ex. poate da *diformități* ale membrelor sau subluxații, apoi o cicatrice sclerofibroasă aderentă a *mușchilor* (contuzionați, distruși, supurați sau ischemiați) sau a *țesutului celular*, poate da, cu vremea, *aspecte, atitudini* și *tipuri bizare* ale extremităților, ce diferă dela caz la caz. S'a descris astfel: mâna de «mamoș», mâna «figée», mâna «care binecuvântează», mâna în «accent circonflex», mâ-

*

na «în pumn», mâna în «mănuşe de box»; de asemenea degete deviate, imbricate, încălecate, încrucişate etc.

8. O particularitate **terapeutică** a acestor sechele este că, după vindecarea rănii, nu trebue să se piardă timpul potrivit, util şi preţios, pentru prevenirea, atenuarea sau vindecarea lor. Dacă alegerea acestui moment şi directivele terapeutice aparţin chirurgului, colaborarea acestuia cu ortopedul, fizioterapeutul şi neurologul devine indispensabilă. *Acest moment nu trebue scăpat.* Chiar acei cari se complac în invaliditate trebuesc determinaţi să accepte tratamentul de colaborare în care trebue, mai ales, să se persevereze. Numai astfel sechelele multor răni pot deveni reversibile şi mulţi răniţi clasaţi pentru sechele, pot deveni recuperabili.

In orice caz acest capitol al chirurgiei de războiu, asupra căruia nu s'a scris până în prezent decât fapte disparate, trebue să fie cunoscut într'un cadru sintetic de către toţi acei cari sunt chemaţi a îngriji pe răniţi. Noi n'am făcut decât să schiţăm aci liniile generale.

* * *

Din expunerea succintă de mai sus rezultă următoarele:

1°. Unii răniţi vindecaţi sunt expuşi, ani dearândul, la o *invaliditate tardivă*, de multe ori neprevăzută.

2°. Această invaliditate este consecinţa unei sechele inerentă rănii, care poate fi neobservată, insuficient tratată sau rebelă la tratament.

3°. Necesitatea de *a se organiza urmărirea sistematică, ani dearândul, a acestor răniţi pentru a le asigura şi asistenţa sau protecţia îndepărtată în caz de infirmitate tardivă.* Această înseamnă legiferarea asistenţei *integrale* a luptătorilor răniţi, iar reforma temporară sau definitivă, astăzi în vigoare, să fie completată cu reforma *imediată şi îndepărtată.*

4°. Se poate ajunge la aceasta prin înfiinţarea *fişei centrale şi individuale* cuprinzând descrierea şi evoluţia rănii vindecate şi pe care orice răniţ să aibă asupra lui pentru a se putea stabili, oricând, de către chirurg şi autoritatea centrală, filiaţiunea dintre sechela tardivă şi rana de războiu.

Problema sechelelor de războiu astfel privită la noi, deşi complexă şi anevoioasă, va avea meritul de a aşeza ţara noastră printre primele ţări luptătoare cari au înţeles să organizeze, pe baze ştiinţifice, şi *asistenţa îndepărtată a răniţilor.*

Actualitatea fizioterapiei în tratamentul urmărilor plăgilor de războiu ale membrelor

de Dr. EUGEN MORARIU
Şeful de lucrări al Clinicei balneo ogice din Sibiu

Prin războiul trecut idealul naţional a fost realizat conform aşteptărilor de veacuri. Această realizare ne-a costat pierderea unora dintre cei mai buni fii ai Ţării, iar jertfa lor a rămas pildă pentru urmaşii ce au avut să înfrunte, abia după două decenii, furia unui război fără cruţare.

Războiul actual, pune pe primul plan al preocupărilor sociale şi medicale chestiunea aplicării de mijloace terapeutice prin care să poată fi recuperabili, în măsura maximă posibilă, toţi aceia care prin jertfa lor parţială au contribuit la mărirea gloriei neamului şi la asigurarea unui viitor de siguranţă în răsărit. Necesitatea continuarii tratamentului sechelelor de războiu şi dupa vindecarea chirurgicală constitue nu numai o datorie faţă de aceia care n'au precupeţit preţul sângelui lor, ci constitue şi o problemă socială cu consecinţe ceva mai îndepărtate. Avem datoria ca printr'un tratament complimentar să redăm şi din punct de vedere funcţional membrul lezat nu numai din punct de vedere anatomomorfologic. Avem datoria să menajăm şi să redăm utili societăţii pe camarazii noştri care au avut să sufere consecinţele aprigelor rezistenţe ale duşmanilor.

In organizarea socială de mâine vom avea să ţinem seama de toţi invalizii de războiu, de toţi aceia care în urma rănilor primite au ajuns într'o stare de mai puţină capacitate productivă, căutând să-i utilizăm într'un mod cât mai raţional şi în raport cu gradul capacităţii lor de muncă, fie schimbându-le ocupaţia dinainte fie întrebuinţându-i în aşa fel ca randamentul lor de producţie să fie cât mai mare, scutindu-i de a deveni un balast pentru societate. In această privinţă avem ca exemplu Germania, care este preocupată de a face totul pentru cei mai vrednici fii ai săi. De aceeaşi preocupare trebue să fim animaţi atât noi medicii cât şi factorii de organizare şi conducerea statului de mâine.

Este cunoscut, că prin inactivitatea de lungă durată se produce o redoare a articulaţiilor. o atrofie musculară funcţională şi o diminuare a conductibilităţii şi sensibilităţi nervoase. Astfel de consecinţe se vor putea întâlni, după vindecarea chirurgicală, în special la cei cu fracturi osoase care au necesitat, pentru refacerea şi consolidarea osoasă, aplicarea unui aparat gipsat. Influenţarea acestor consecinţe o vom putea încerca atât prin medicaţie cât şi prin fizioterapie. Medicaţia, ori care ar fi ea, poate să aibă o prea mică valoare şi mai mult sub forma de calciu — care să favorizeze refacerea proceselor de decalcifere sau să influenţeze favorabil unele procese inflamatorii — şi ca medicaţiune vasodilatatoare cu acţiune prea puţin importantă în leziunile care ne preocupă. In aceste cazuri fizioterapiei îi revine fără îndoială rolul cel mai important. fiindcă ne pune la dispoziţie mijloace prin care suntem în măsură să influenţăm atât organismul în general, cât şi leziunea sau restul leziunii locale. Niciodată mijloacele fizio-terapeutice aplicabile în massă, nu ni s'au părut mai utile ca în actualele împrejurări, când prin acordarea de îngrijiri speciale eroilor noştri şi prin utilizarea în folosul lor a tuturor mijloacelor de tratament de care dispune terapeutica de astăzi, vom da dovada, că spiritul de care este animată actuala conducere a ţării se inspiră de alte sentimente decât înainte cu două decenii.

Indicaţia pentru un tratament fizioterapeutic o vom face cât mai curând. iar aplicarea metodelor găsite potrivite se va urma de îndată ce nu va mai exista nici o contraindicaţie chirurgicală. Cu cât se începe tratamentul fizioterapeutic mai devreme cu atât şi rezultatele ce vom obţine vor fi mai bune. Timpul prea lung între vindecarea chirurgicală şi începutul unui tratament fizioterapeutic poate să dea naştere la instalarea de turburări articulare, musculare sau nervoase definitive, pe care nu vom mai fi în măsură să le influenţăm. O anchiloză articulară învechită, un muşchiu atrofiat de-o inactivitate prea prelungită nu vor mai putea constitui alteraţiuni desvoltate şi consolidate, nu vom mai reuşi să învingem rezistenţa lor pentru a începe mobilizarea articulaţiilor, acestea rămânând definitiv condamnate în stadiul de complectă anchiloză sau cu o limitare foarte pronunţată a mişcărilor în segmentele de membre interesate.

Luată în mare, prin fizioterapie suntem în măsură să influenţăm cir-

In stări de oboseală și depresiune; în convalescență

TONOPHOSPHAN

Preparat cu bază de fosfor cu efect intens

Stimulează și tonifică cordul, metabolismul și mușchii, ameliorează circulația sanguină în țesuturi, mărește puterea de muncă.

TONOPHOSPHAN 1%: Cutii cu 10 și 20 fiole de 1 ccm.
TONOPHOSPHAN 2%: Cutii cu 10 fiole de 1 ccm.
TONOPHOSPHAN tablete: Flacon cu 30 tablete.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a Rh.

Reprezentanța generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. BUCUREȘTI I, Str. Brezoianu 53. Telefon: 3.92.85, 3.92.86.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

culaţia locală într'un organ oarecare să ameliorăm irigaţia sa şi prin aceasta să favorizăm procesele de nutriţiune şi să urcăm capacitatea funcţională a organului. Suntem în măsură să influenţăm procese inflamatorii. Sistemul nevos periferic este influenţat prin toate mijloacele fizioterapeutice, începând cu hidroterapia şi până la curenţii electrici de cea mai variată tensiune şi frecvenţă. Excitabilitatea şi conductibilitatea în nerv sunt urcate, iar influxul nervos se transmite în condiţiuni mai bune.

Mijloacele fizioterapeutice de care vom putea face uz le vom alege din *hidroterapie*, din *mecanoterapie*, din *măsuri electrice* — înţelegând curentul galvanic, faradic şi curenţii de înaltă frecvenţă — *termoterapia*, *actinoterapia*, iar ca o complectare mai îndepărtată de tratament, vom îndruma pacienţii noştri la *staţiuni balneare*, în prmul rând la acele cu ape termale, cu ape sărate, cu ape sulfuroase, nămoluri, iar pentru pacienţii care prezintă o componentă nervoasă, fie funcţională sau organică, vom găsi indicată balneaţiunea cu ape carbogazoase.

Dacă avem să contăm cu un aşa mare număr de mijloace fizioterapeutice va trebui să ştim alege, la început, pe acelea a căror acţiune este mai cruţătoare. Va trebui să ţinem în considerare, că un muşchiu sau un nerv supuşi unei inactivităţi de mai multe luni sunt foarte sensibili la antrenament, putând să obosească uşor. Se va evita supradozarea de tratament, fiindcă căzând într'o astfel de greşală vom face mai mult rău decât dacă am fi renunţat dela început la orice tratament fizioterapeutic. Aplicarea raţională şi alegerea mijloacelor celor mai potrivite va constitui preocuparea de căpetenie a fiecărora dintre colegii care se ocupă cu astfel de tratament. Se va proceda după un plan bine stabilit şi acomodat în fiecare caz felului de evoluţie a îmbolnăvirii. Tratamentul se va prelungi săptămâni şi chiar luni de zile, iar acolo unde vindecarea osoasă a rămas cu sensibilitate la schimbările meteorologice, vom fi obligaţi de-a institui şi repeta tratamentul prin termoterapie, iar în sezonul cald de vară, prin balneoterapia adecuată.

Tratamentul fizioterapeutic ni se pare binevenit cu atât mai mult cu cât dispunem în ţară de două instituţii amenajate cu tot utilajul pentru a putea face faţă ori căror cerinţe. Atât Clinica Balneologică şi Fizioterapeutică din Sibiu cât şi Institutul de fizioterapie al Spitalului Elias din Capitală sunt amenajate cu întreaga aparatură necesară. Şi cum tratamentul fizioterapeutic nu necesită în toate cazurile internarea spitalicească, posibilitatea urmării unei cure este dată pentru un foarte mare număr de pacienţi ambulanţi, a căror stare generală sau locală a leziunii le permite deplasările.

Pe noi ne va interesa deocamdată numai tratamentul fizioterapeutic al afecţiunilor membrelor, urmând să ne ocupăm altă dată de posibilităţile ce ne stau la îndemână pentru influenţarea altor organe sau sisteme de organe, care au avut de suferit de pe urma actualului război.

Din hidroterapie rolul cel mai important revine fără îndoială *băii kinetoterapeutice*. Prin temperatura caldă a apei se obţine în primul loc o relaxare a contracturilor musculare, o calmare a durerilor şi o diminuare a rigidităţilor articulare. Prin aceste acţiuni vom putea să executăm mişcări pasive în membrul supus timp îndelungat inactivităţei, fără ca pacientul să resimtă durerea sau vre-o altă neplăcere, cum ar fi cazul dacă am executa primele mişcări liber. La început se vor face mişcări pasive din partea personalului băieş, iar mai târziu bolnavul va trece să facă mişcări active. Găsim de indicată această baie ca primă încercare de tratament după o inactivitate de lungă durată a membrelor, sau la pacienţi care din alte cauze de boală au fost nevoiţi să păstreze patul pe timp îndelungat. După câteva băi de acest fel se poate trece la mijloace terapeutice mai energice ca *masajul sub apă*, *duş-masajul* şi *duşul subaqual*. Prin aceste procedeuri, în care componentei mecanice îi revine un rol mai mare, favorizăm şi mai mult procesele circulatorii şi stimulăm activitatea nervilor periferici. In toate aceste trei forme de aplicaţiune hidroterapeutice acţionează concomitent componenta calorică şi mecanică.

Acţiunea cea mai drastică revine duşului subaqual cu aparatul lui «*Trautwein*» şi va fi indicat numai atunci când nu avem în faţă o sensibilitate prea mare şi când vrem să facem uz de componenta mecanică în măsură mai mare. In cazul când facem indicaţia de tratament cu acest aparat, vom avea posibilitatea să facem o dozare atât a presiunei jetului de apă, cât şi a temperaturei şi distanţei la care se aplică.

In unele staţiuni balneare cu ape termale din streinătate duşul sub apă se aplică cu apa minerală respectivă şi în acest caz acţionează şi componenta minerală a băii. La noi, fiindcă nu dispunem de astfel de instalaţii în nici una din staţiunile noastre cu ape termale, vom face uz numai de aparatura pe care o găsim în institutele de fizioterapie menţionate.

Rezultate mulţumitoare putem să obţinem şi prin *băile cu perla*, în special în turburările de sensibilitate superficiale, prin *băile de jumătate* (Halbbad), mai ales la persoanele nervoase fie de tip eretic sau depresiv şi în fine vom face uz de procedeuri hidroterapeutice parţiale. Toate vor trebui bine dozate începând cu *băile alternante* de mâini şi de picioare, după fiecare caz în parte, mai apoi cu *afuziuni* alternante şi reci şi *duşuri* de diferită temperatură şi intensitate, asupra membrelor.

Băile ascendente (tip Schweninger-Hauffe), ca procedeuri foarte cruţătoare, au mare valoare în favorizarea proceselor de nutriţie mai ales unde avem să ţinem în considerare şi o componenţă vasculară. Prin vasolilataţia ce produc favorizează irigaţiunea sanghină, ameliorează nutriţiunea şi ajută la regenerarea ţesuturilor. In formele unde mai perzistă fenomene inflamatorii, prin ameliorarea circulaţiunei accelerează rezorbţia produselor patologice şi contribuie la revenirea într'o stare de normală funcţionare mai devreme. Astfel de băi ascendente pot să fie aplicate într'un stadiu foarte timpuriu al îmbolnăvirii, chiar ca prime mijloace fizioterapeutice, deci mult mai curând decât alte procedeuri mecanice sau termoterapeutice. Aplicaţiunea lor poate să se facă alternativ cu diatermia sau mai bine cu undele scurte, care de asemenea nu constitue vre-o contraindicaţie de-a putea fi aplicate chiar dela începutul vindecării chirurgicale, sau imediat după ridicarea aparatelor gipsate.

Ca o kinetoterapie de mare valoare socotim *băile calde în bazinuri şi piscine*, în care pacientul are posibilitatea să înoate şi să execute mişcări de mare amplitudine. Astfel de bazinuri găsim şi la noi în unele staţiuni balneare cu ape termale, iar în altele găsim lacuri naturale de ape sărate a căror temperatură în timpul verii permit balneaţiunea şi pentru persoane mai sensibile. In apele sărate termale intervine densitatea mai mare a apei care obligă pacientul să depună un efort destul de mare pentru a putea să execute mişcări. Ele acţionează foarte favorabil ca factori de antrenament şi tonizare a musculaturii. Singura dificultate, de care ne lovim, este faptul că nu avem amenajate astfel de bazinuri cu ape sărate pentru sezonul de iarnă, fiind obligaţi să ne îndrumăm pacienţii spre staţiuni numai în sezonul de vară.

Masajul şi *duş-masajul* se vor uti-

liza pe o scară cât mai întinsă. Vom da preferinţă, la început, duş-masajului, fiindcă vom conta şi pe componenta calorică nu numai pe cea mecanică a procedeului, obţinând o calmare a durerilor şi iperemie pronunţată. Atât masajul cât şi duş-masajul se vor urma într'o cură prelungită pentru a obţine rezultate mulţumitoare. Ambele procedeuri au marele avantaj de a putea fi dozate atât în raport cu sensibilitatea bolnavului cât şi cu îmbolnăvirea ce avem de influenţat, căutând să nu supunem musculatura, dela început unei acţiuni mecanice prea drastice.

Mecanoterapia cu *aparatele Zander* se va indica ceva mai târziu. De altfel tendinţa fizioterapiei de azi este de a întrebuinţa cât mai puţin astfel de aparate, ele fiind înlocuite cu rezultate foarte bune prin masaj şi prin gimnastica activă. Deşi în unele institute din streinătate sunt relativ puţin utilizate, totuşi le considerăm de mare valoare cu atât mai mult cu cât unele dintre spitalele dela noi, în special Spitalul Ortopedic refugiat dela Cluj la Bucureşti, se găsesc în fericita situaţie de a fi utilizate cu întreaga aparatură necesară tratamentului sistemului osos. Şi cu aceste aparate tratamentul va trebui să fie prelungit, cel puţin câteva luni pentru a putea recupera în măsura cea mai mare posibilă capacitatea funcţională a membrului îmbolnăvit. Din cauză că uneori rezultatele nu se observă imediat, tratamentul necesită multă răbdare din partea pacientului.

Din posibilităţile pe care ni le oferă *curentul electric* pentru tratament vom face uz în primul loc de «*Tonizator*» (Pulsator), un aparat care prin faptul, că ne dă un curent ondulant, de mică intensitate, are proprietatea de a se apropia mai mult de contracţiunea fiziologică a muşchiului, lăsând şi o pauză de refacere. In acest sens aparatul se poate întrebuinţa cu mai bune rezultate decât aparatele obişnuite de galvanizare şi faradizare, a căror indicare de durată prea lungă poate să dea naştere la stări de oboseală atât a muşchilor, cât şi a nervilor. *Curentul galvanic* şi *faradic* furnizat de aparatele obişnuite le vom aplica ceva mai târziu şi de preferinţă sub forma de băi bi sau patrucelulare, cel puţin la început. Şi aici vom alege intensitatea mică la început, pentru a trece cu timpul la o intensitate mai mare. In loc de băile simple galvanice se va putea întrebuinţa, cu rezultate bune, baia «*Stanger*». Valoarea mare ce-o reprezintă această instalaţie, pentru tratamentul răniţilor a fost recunoscută în Germania chiar dela începutul campaniei; în această ţară aproape nu există spital de convalescenţă mai mare, pentru răniţi, care să nu dispună de un astfel de aparat. Instalaţia are marele avantaj, că putem supune un timp oarecare întreg organismul acţiunei curentului galvanic şi substanţelor conţinute în apa de baie şi avem apoi posibilitatea să limităm acţiunea asupra unei porţiuni de corp sau numai asupra membrului îmbolnăvit. Pe lângă curentul galvanic de intensitate foarte mare, chiar până la 1 Amp., mai au rol terapeutic şi substanţele ionizate sau ionizabile conţinute în soluţia ce se adaogă băii.

Ca alte modalităţi de aplicare a curentului electric trebuie să menţionăm *diatermia* şi *undele scurte*. Ambele aceste mijloace au mai mult valoare termoterapeutică, situându-se aproape pe acelaş plan cu *aerul supraîncălzit* cu *băile de lumină electrică* şi cu *băile de aburi*. Nu putem însă contesta, că deşi efectul final este o termoterapie, mecanismul său de acţiune diferă de căldura provocată fiind vorba de căldură care ia naştere la nivelul ţesuturilor din fiecarea moleculară la traversarea curentului de înaltă frecvenţă.

Teroterapia oricare ar fi ea, dar mai ales uscată, o vom indica astfel încât să fie urmată imediat, de masaj. Vom proceda analog ca în tratamentul prin căldură a reumatismelor musculare, în care cazuri termoterapia urmată de masaj este foarte binevenită, atât în cazul de nodozităţi musculare (Schade), cât şi în cazul reumatismelor musculare focaltoxice.

Curenţii de înaltă frecvenţă, sub forma de fulguraţii sau afluvii îi vom indica mai ales în cazurile de pareze şi parestezii, cu care ne întâlnim deseori la ridicarea aparatelor gipsate. Cum indicaţia acestei aplicaţiuni este mai tardivă, nu va fi nevoie de precauţiuni prea mari relativ la intensitate acomodându-se după sensibilitatea bolnavului şi făcând şedinţe de 10—15 minute. Acţiunea curenţilor de înaltă frecvenţă de tip d'Arsonval se va baza atât pe încărcarea întregului organism cu o mare cantitate de electricitate, cât şi pe efectul sugestiv ce-l poate avea, în special în turburările funcţionale ale persoanelor nervoase. Le vom indica deci şi în acest scop sugestiv, obţinând în toate cazurile rezultate mulţumitoare.

Vom mai face uz în unele cazuri şi de radioterapia, ca tratament complimentar. Se vor supune acestui fel de tratament fizic mai ales cicatricele vicioase, cicatricele foarte extinse sau plăgile vindecate cu formaţiunea de cheloizi. Radioterapia are proprietatea de-a înmuia ţesutul fibros şi scleros şi prin aceasta senzaţia de constricţie ce-o au bolnavii cu cicatrice extinse dispare sau se atenuază şi se obţine posibilitatea de mobilizare în articulaţiile prinse.

De fototerapie vom putea deasemenea să facem uz atât în leziunile musculare, cât şi în cele nervoase — periferice şi osoase. In primele două cazuri ca lumină roşie sau albastră, iar în afecţiunea oaselor vom căuta prin iradieri de raze ultraviolete să favorizăm procesul de consolidare osoasă. Vom urmări şi în aktinoterapie, fie că o vom aplica sub forma de lampă Kandem sau ca simplă iradiere cu o lampă obisnuită de Quarz, să obţinem o dozare progresivă şi nu vom limita zona de aplicaţiune asupra regiunii bolnave, ci vom face şi şedinţe generale de iradiere, ştiind că acţiunea aktinoterapiei va fi cu atât mai mare, cu cât vom iradia o suprafaţă mai mare de tegument, cu cât vom pune mai mult în stare activă procesele imun-biologice de vindecare ce-şi au punctul de plecare din acest înveliş extern. Aplicaţiunii generale îi vom asocia iradieri mai lungi locale, la nivelul de îmbolnăvire, procedând în acest caz după aceeaşi tehnică ca şi la tratamentul tuberculoazei osoase sau articulare.

In afară de starea locală a leziunii vom acorda o deosebită importanţă şi organismului în genere. Pacienţii anemiaţi prin pierderi mari de sânge se vor simţi foarte bine într'un climat subalpin, de preferinţă acolo unde avem şi ape feruginoase. Atât climatul, cât şi apa minerală vor contribui la stimularea sistemului ematopoetic şi la tonizarea organismului. In acelaş climat subalpin cu ape carbogazoase se vor simţi bine pacienţii nervoşi sau neurastenizaţi.

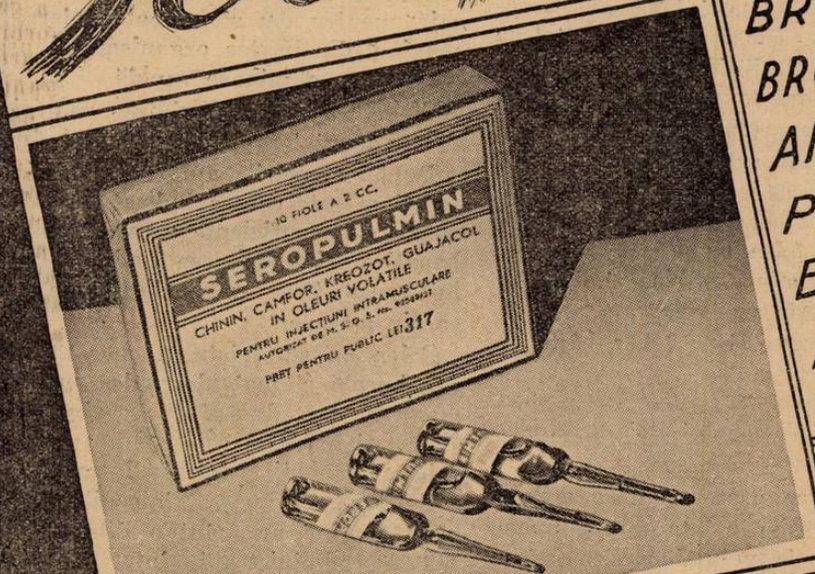
Am căutat să enumerăm în mod extrem de succint mijloacele fizioterapeutice de care putem face uz în complectarea tratamentului rănirilor de război ale membrelor, menţionând mai ales posibilităţile care ne stau la îndemână în ţara noastră. Fără îndoială, că mai există mijloace de tratament ţinând de domeniul fizioterapiei şi al balneoterapiei — amintim doar băile şi nămolurile radioactive — care au valoare însemnată ca factori de tratament, dar le-am omis din cauza, că nu formează un bun al ţării noastre de care să poată beneficia toţi aceia pe care îi avem de tratat.

Antalgine

DURERI POSTOPERATORII
CEFALEE POSTRACHIANESTEZICE
DURERI FULGURANTE TABETICE
DUPĂ PUNCȚIILE LOMBARE
DURERI TALAMICE
NEVRALGII CRIPTOGENETICE

Cooperativa UZINELE SANITARE
Paulescu Gerota Șumuleanu
Calea Griviței 67. Telef. 4.98.08

Seropulmin



BRONCHO-PNEUMONII
BRONȘITE ACUTE ȘI CRONICE
AFECȚIUNI PULMONARE-
POST OPERATORII
BRONCHECTAZII
PNEUMONII
TUSE CONVULSIVĂ

Cooperativa UZINELE SANITARE
Paulescu Gerota Șumuleanu
Calea Griviței 67. Telefon 4.98.08

Empiem metapneumonic voluminos la copil, vindecat prin spălături pleurale cu soluţie de Piridium

de Dr. OVIDIU CONSTANTINESCU

Fetiţa Alexandrina M. de 2 ani şi 5 luni este adusă la consultaţiile noastre de ambulanţă în ziua de 16 Septembrie 1908 pentru temperatură ridictă, tuse rebelă, dispnee, dureri în hemitoracele stâng, transpiraţii nocturne, insomnie.

Istoric. Maladia actuală a debutat cu 3 săptămâni înainte cu temperatură mare, dureri în partea stângă a toracelui, agitaţii şi insomnie, după 2 zile au apărut tusea şi expectoraţia; un medic consultat a diagnosticat un focar pneumonic la pulmonul stâng; după alte şase zile văzând că febra nu cedează şi starea generală nu se ameliorează chiamă un alt medic care îi confirmă acelaşi diagnostic. Se scurg aproape 10 zile în care timp pacienta s'a simţit ceva mai bine, fenomenele subiective sunt mai reduse, după acest interval de timp temperatura reîncepe cu mai mare ascensiune, la care se mai adaugă: dispnee, transpiraţii, agitaţii, insomnie, etc., nu se poate alimenta, plânge şi se vaetă.

Starea bolnavei la internare: Copila de constituţie medie, slăbită faciesul congestiv, buzele cianotice, prezintă dispnee accentuată, puls filiform aproape imperceptibil, febră 40¹, tuse rebelă.

La examenul obiectiv: Toracele prezintă o bombare mult accentuată a hemitoracelui stâng, respiraţia superficială, din cauza căreia bolnava nu poate sta decât în poziţie şezândă. *La percuţie* se constată în stânga o matitate cari cuprinde aproape toată întinderea hemitoracelui. Spaţiul lui Traube dispărut, în dreapta sonoritate mărită.

Palpaţie: Vibraţiile abolite pe toată întinderea matităţii.

Auscultaţie: Murmurul vezicular absent pe toată suprafaţa matităţii, la vârf respiraţia mai aspră cu caracter suflant.

Cordul, împins spre dreapta, şocul apexian bate în dreapta sternului. Bătăile cordului mult precipitate. Pulsul 140 bătăi pe minut abia să poate număra.

Ficatul, depăşeşte limita falselor coaste şi e sensibil la presiune.

Splina, mărită.

Tub digestiv: Buzele arse, limba saburală, lipsa apetitului, constipată.

Abdomenul, balonat.

Examenul radioscopic: Opacitate intensă interesând proape toată suprafaţa pulmonului stâng — opacitate hydrică. In partea superioară obscuritate mai puţin intensă datorită reacţiei pleurale. Vârful stâng voalat. Hilul drept îngroşat. Diafragmul drept liber. Cel stâng nu se distinge. Cordul şi vasele mari împinse mult spre dreapta.

Pentru precizarea diagnosticului se face o puncţie pleurală. Se extrage circa 10 cc. lichid gros, purulent, cremos; făcând examenul acestui lichid pe frontiu direct se constată că prezintă frequente leucocite polinucleare degenerate, o floră microbiană abundentă, constituită din pneumococi.

In faţa acestui tablou clinic se fixează diagnosticul de pleurezie purulentă metapneumonică şi ezit să încerc o evacuare din prima zi din cauza stărei dispneice în care se găsea copila; m'am mulţumit să-i administrez numai medicamente pentru susţinerea cordului şi pentru a-i modera febra şi tusea. După 24 ore de supraveghere, văzând că fenomenele subiective nu cedează cu nimic şi starea pacientei este din ce în ce mai disperată, am aplicat Potainul, după ce în prealabil am făcut o injecţie cu oleu camforat 3 cc. 20% şi 2½ miligrame clorhidrat de morfină, pentru a evita turburările cardiace, eventuale reflexe pleurale, accese de tuse, etc. Am extras cu multă greutate 600 cc. puroi gros, verzui, smântânos şi pentrucă am avut la îndemână soluţie de Piridium — ce noi întrebuinţăm frecvent pentru spălături pleurale în pio-pneumotorax la tuberculoză — am încercat şi în cazul de faţă soluţia de Piridium 1/10.000. A doua zi am constatat că fenomenele s'au ameliorat, febra a scăzut la 38_0 şi starea generală este mai bună. După alte 2 zile febra vesperală din nou urcată la 40⁰ şi examenul radioscopic ne documentează că lichidul s'a ridicat până la nivelul coastei a III-a. Se procedează la o nouă evacuare de puroi şi se repetă spălături pleurale cu soluţie de Piridium 1/10.000 în cantitate de 1000 gr. Am repetat aceeaş operaţie la intervale de 3 zile şi după şase evacuări urmate de spălături pleurale, tot cu aceeaş soluţie de Piridium, am reuşit să stabilesc lichidul în unghiul costo-diafragmatic, care nemai putând fi evacuat a fost modificat prin întroducerea în cavitatea pleurală a unei soluţii de optochin 5%, 5 cc., operaţie repetată după 2 zile. De acum febra nu se mai ridică, copila se poate alimenta bine şi după 20 de zile părăseşte supravegherea noastră, afebrilă, fără tuse şi cu 2 kgr. câştig în greutate.

Revăzută după 30 zile, este perfect restabilită, cu plămânul destins şi lichidul complect dispărut.

Din relatarea prezentei observaţiuni reese că ne găsim în faţa unui empyem meta-pneumonic voluminos ce a fost tratat numai prin spălături pleurale cu soluţie de Piridium, însoţite de evacuări repetate la 3 zile.

In ultimii ani terapeutica pneumoniilor a obţinut mari succese prin introducerea unui colorant din grupa pyridinei, numit Piridium, un produs coloidal de condensaţie al phenylazo-diamino-piridinului.

Piridium a fost introdus în terapeutică în anul 1926 de **Ostromilenschy** din America. De atunci şi până în prezent a fost întrebuinţat de foarte mulţi autori în tratamentul afecţiunilor aparatului uro-genital pe o scară întinsă şi mai puţin în tratamentul pneumoniilor şi în special al pleureziilor purulente pneumococice, cu rezultate foarte bune, aşa de exemplu:

Heyer şi **Stern susţin** că piridium are o mare afinitate pentru aparatul uro-genital; eliminarea prin rinichi în concentraţie crescândă, acţiunea sa analgetică locală împreună cu proprietatea de cicatrizare şi accelerare a procesului de epidermizare a mucoaselor, l-a introdus ca medicament de elecţie în tratamentul pielitelor, pielonefritelor gravidice, cistite, infecţiuni post-partum, bartholinite, uretrite şi afecţiuni pleuro-pulmonare.

Belfield şi **Rolnick** au subliniat că piridium exercită o acţiune bactericidă energică şi prezintă proprietatea de a pătrunde în profunzimea ţesuturilor.

Janson spune că piridium prin trecerea în căile urinare are o acţiune anestezică pe lângă cea bactericidă şi l-a întrebuinţat la pneumoniile gripale.

Stickl a demonstrat influenţa pe care o are piridium în diluţii mari asupra desvoltării stafilococului şi a arătat puterea antiseptică a acestui colorant asupra pneumococului.

Piridium stimulează forţele de apărare ale organismului printr'o blocare incipientă a ţesutului reticulo-endotelial urmată de o excitare funcţională a celulelor sale **(Lephene)**, este absorbit repede prin mucoase, toxicitate foarte mică pentru om şi animale, toleranţă maximă din partea organismului, asociată cu o eliminare rapidă.

Wolbarst zice că Piridium reprezintă un agent terapeutic de mare viitor.

După cercetările autorilor suscitaţi piridium este contra indicat numai în cazuri de insuficienţe grave renale şi hepatice, plus evitarea administrării lui concomitent cu medicamente ce conţin mercur.

Calea de administrare curentă este cea bucală şi mai ales calea intravenoasă în doze de 0,04 gr. pe zi, 2x2 fiole pe zi a 0,01 şi cât mai aproape de debutul maladiei, în cazul nostru aceste două căi au fost înlocuite cu un efect mai sigur printr'o diluţie de 1/10.000, administrată inter pleural prin spălături, pentrucă boala era veche şi empiemul în cantitate foarte mare, aproape să iasă afară.

ANALEPTIC CARDIOTONIC

CORDISAN

„SAPIC"

CORDISAN-EFEDRINA

Picături Fiole Pulbere pentru receptură

In toate stările de slăbiciune ale inimei şi ale circulaţiunii sanguine.

Pentru Calciterapia intensă

GLUCO-CALCIUM „Sapic"

soluţie stabilă de 10% Gluconat de Calciu
pentru injecţii intramusculare şi intravenoase

fiole de 5 şi 10 cmc.

CALCINAT „Sapic"

tablete cu gust plăcut de ciocolată conţinând
fiecare 1,20 gr. Gluconat de Calciu.

„Sapic"-TONICUM

Sirop

Arsen Cupru
Fier Strichnină
Mangan Glicerofosfaţi

Reconstituant **Tonic** **Stomahic**

In: Anemii, Cloroză, Astenie, Surmenaj, Convalescenţă

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
«SAPIC»
Bucureşti VI, Str. Cazărmei No. 89.

Nitrolingual

Specific în
Asthma cardiale, Angina pectoris etc.

Dr. Alex. Radu Bucureşti III, Str. Sofia 30

IODOTERAPIA PARANTERALA

IODALGIN

FIOLE

Conţine soluţie apoasă, incoloră - sterilă de Mono-Iod-Hexahydrro-pyrizină $C_4 . H_{11} N_2 I$, în concentraţie de 10%.

(Fiecare cmc. conţine 0,06 gr. Iod elementar, legat în mod chimic într'o moleculă organică)

Hipertensiune-Arteriosclerozã-Anghinã pectoralã-Bronşitã cronicã-Bolile circulaţiei şi vaselor.

Diatezã limfo-exudativã.

Astm bronşial-Emfizem.

Sifilis secundar şi terţiar.

Eliberează în contact cu lichidele ţesuturilor

IOD ELEMENTAR ACTIV

Forma de prezentare: ambalaj original cutii cu 10 fiole a 3 c. c.

Laboratorul „ASFAR" Gh. Stoicescu
BUCUREŞTI

Strada Olari Nr. 11 Telefon 1.05.77—2.15.90

Intoxicaţie gravă cu turburări neuro-psihice consecutivă inhalărei de tetra-etil de plumb

de Dr. MINCIU ILIE
Şeful secţ. 11 Medicale Spitalul 4 campanie

şi

Dr. GRIGORIU TEODOR
Spitalul 4 campanie

Cazurile ce formează obiectul acestui articol au fost studiate în Spitalul 4 Campanie de sub conducerea d-lui Medic Lt. Colonel Căpruciu Gheorghe.

Este vorba de 35 ostaşi aduşi la spitalul nostru dela *Oceacov* intoxicaţi în împrejurările următoare:

Cea mai mare parte din ei au dormit într'un grajd mare unde se aflau două butoaie de metal pline cu un lichid necunoscut aduse dintr'un depozit mai mare. Ostaşii crezând că este vorba de o vopsea — lichidul fiind uleios, cu un miros puternic aetherat şi având o culoare roşie-violet au adus aceste două butoaie în acest grajd unde ei păzeau caii unităţii lor şi au folosit lichidul din ele, ţinându-le descoperite. O altă parte din ei au manipulat acest lichid vopsind nişte căruţe.

Cei 35 bolnavi au fost aduşi în două etape. Mai întâiu au fost aduşi 25 şi după 8 zile 10 — aceştia din urmă cu turburări mult mai reduse.

Substanţa care a provocat această întoxicaţie este un liched uleios, roşu cu densitatea 1,521 la 15°, cu un miros puternic aetherat de mere şi produşi petroliferi cu urme de tiofen, insolubil în apă, cu greu solubil în alcool de 95° solubil în aether, chloroform, benzol. Arde cu flacără fuliginoasă, exalând vapori cu acelaşi miros. Volatil de Pb (posibil tetra etilură de Pb), 73°, un derivat halogenat al naftalinei, un compus organic volatil cu miros aetherat şi un colorant roşu organic în cantitate mică. Lichidul este periculos prin vaporii pe care îi exală. După cercetările laboratorului ar fi vorba de tetra etil de Pb a cărui formulă chimică este: $Pb(Ch_2 — Ch_3)^4$.

Ne-am găsit în faţa unor fenomene dramatice şi neobişnuite ceiace ne-a determinat de altfel să dăm publicităţii aceste cazuri şi în imposibilitatea de a întreprinde orice bibliografie, am descris această afecţiune astfel cum am observat-o noi.

După importanţa manifestărilor clinice am împărţit cele 35 cazuri în trei grupe relativ distincte, interesându-ne în mod special ultima.

Prima grupă cuprinde cea mai mare parte a cazurilor. 19 bolnavi — care au dormit câteva zile în grajdul cu tetra etil de Pb sau au manipulat acest lichid. Aceştia au prezentat după un număr de zile foarte neregulat (9—15 zile), dela primul contact cu vaporii degajaţi de lichid următoarele fenomene: insomnie, uşoară cefalee diminuarea apetitului, senzaţie de usturimi în gât, uneori dureri în epigastru.

Afară de aceste simptome nu s'au găsit alte turburări clinice decât bradicardie (52—64 bătăi la 5 bolnavi.

Din p. v. neurologic am găsit la câţiva din ei tremurături ale mâinilor şi toţi bolnavii din acest grup au acuzat uşoară asthenie. Toate aceste fenomene s'au amendat după un tratament de cc. 12 zile (Iodur K. peros, Inj. Ca., Diuretină, regim lacto-vegetarian şi repaos).

A doua grupă — cuprinde bolnavi în număr de zece — cari au dormit 8—10 zile, unii zilnic, alţii neregulat în grajdul cu gazul toxic. Aceşti bolnavi în afara simptomelor manifestate de prima grupă au manifestat:

a. Paloarea accentuată a tegumentelor şi mucoaselor.

b. Plăgi erozive ale mucoasei bucale (plăcile lui Gubler) şi faringiene, foarte dureroase la cea mai mică atingere, lizereu gingival Burton, dureri în deglutiţie şi arsuri puternice în gură şi limbă care era de obiceiu saburală, descuamată pe linia mediană şi vârf.

c) Dureri abdominale, în epigastru, spontane sub formă de colici de obiceiu post prandiale mai accentuate şi mai frecvente în timpul nopţii, la unii din ei aproape numai nocturne însoţite de greţuri, inapetenţă, garguimente, balonare post prandială.

d) Adenopathie sub-maxilară bilaterală: ganglionii mici uşor dureroşi.

e) Poliurie (1600—2200 cc. urină în 24 ore- cu polakiurie (8—10 micţiuni).

f) Bradicardie (42—58 bătăi pe minut) fără alte modificări cardiace. Pulsul dur, regulat.

Tensiunea arterială între 12—7 şi 10 1/2 — 6.

g) Temperatura normală.

h) Turburări neurologice- hiperreflectivitate, tremurături accentuate ale mâinilor, uneori a picioarelor şi limbei, cefalee aproape continuă rebelă, dureri musculare mai ales în braţe şi coapse, fotofobie, nistagmus orizontal (5 bolnavi, diminuarea acuităţii vizuale (mai ales pentru vederea de departe) turburări pupilare (2 bolnavi).

Am găsit deasemenea turburări de echilibru, S. Romberg + (8 bolnavi), uşoară ataxie locomotrice, insomnie extrem de rebelă.

i) Turburări psihice: anxietate, instabilitate, aprosexie, sugestibilitate, turburări ale atenţiei şi memoriei de fixare, inactivitate.

j) In ceia ce priveşte examenele de laborator regretăm mult că din lipsă de mijloace n'am putut cerceta hemograma, modificările chimice ale sângelui (granulaţile bazofile în hematii caracteristice saturnismului) şi ex. L. C. R. (se cunosc modificările importante în encephalopathia saturnină)

Am putut realiza numai examenul total al urinei în care n'am găsit date importante. Am efectuat ex. ureei în sânge găsind între 0,14 gr. 0.28 gr. %°

Turburările psihice şi neurologice au cedat mult în urma repausului calmantelor şi sedativelor (Bromur, Morfină) şi medicaţiei expuse la grupa întâia, deasemenea şi celelalte turburări clinice.

Mult ameliorati sunt evacuaţi către interiorul ţării. *Şi în fine un al treilea lot* — care după noi arată partea culminantă a leziunilor şi manifestărilor clinice priveşte 6 cazuri a căror observaţiuni le dăm mai jos. Aceşti bolnavi au fost sub influenţa toxicului continuu timp de 15—21 zile.

Manifestările clince au apărut în genere insidios încât nu împedicau bolnavul să-şi vadă de ocupaţie până în momentul agravării stării generale şi apariţiei turburărilor psihice care au determinat aducerea în spital.

După cum vom vedea mai jos elementele principale erau paloarea tegumentelor, leziuni ale tractusului gastro-intestinal caracteristice saturnismului, adinamie, hipertermia, turburările renale; din p. v. neurologic, fenomene incipiente de nevrită saturnină, hipertonie musculară, iar mintal prezentau stări de confuzie mintală agitată cu persecuţie. Unii din ei au venit cu aceste turburări (Ob. I, II, III, IV), ceilalţi au prezentat turburările clinice amintite mai sus după 3-5 zile dela internare (Ob. III, V, VI.

La doi din ei (Ob. I şi II) am găsit leziuni de bronchopneumonie cu stare toxică extremă, pe care nu le-am constatat la ceilalţi pacienţi.

Din p. v. anatomo-patologic după cum vom vedea prezentau leziuni de intoxicaţie lentă: plăci mucoase şi hiperemie gastro-intestinală, degenerescenţă grasă a ficatului, nefrită, hiperemie considerabilă şi oedem al creerului şi meningelui, leziuni ale capsulei supra-renale, reduse, hiperemie generalizată.

Obs. 1. — Sold. H. P. de 31 ani, este adus în ziua de 18 Decembrie 1941 dela Oceacov pentru: Stare generală rea, tremurături ale mâinilor, dromomanie, delir mistic, stare confuzională.

Bolnavul a dormit timp de 15 zile în grajdul cu tetraetil de Pb. Primele simptome clinice (cefalee, insomnie, inapetenţa, poliurie, usturimi în gât) au apărut cu 7 zile în urmă — după declaraţiile

camarazilor săi, iar fenomenele actuale de 3-4 zile.

Nu am putut obține date asupra antecedentelor sale, pacientul fiind confuz.

Ex. somatic: Pacientul slab, are tegumentele și mucoasele palide. Temperatura 38°7. Lizereu gingival Burton, întins. Limba saburală-inapetență.

Ap. respirator: Dispnee-submatitate intensă ambele baze. Raluri sub crepitante și numeroase crepitante mai ales câmpul pulmonar drept.

Ap. cardio-vascular: Sgomote regulate, puternice. Puls dur, regulat, bradicardie (62 bătăi pe minut).

Tensiunea arterială: 11 1/2 7.

Aparat renal: oligurie-incontinență.

Ex. neurologic: Hiperreflectivitate osteo-tendinoasă și cutanată. Nistagmus orizontal bilateral. Tremurături generalizate în tot corpul. Hipertonie musculară. Ataxie locomotrice. S. Romberg = +

Ex. psichic: Anxios, tresare la orice sgomot. Desorientat în timp și spațiu. Prezintă halucinații vizuale (el vede pe Isus Cristos în mijlocul salonului îmbrăcat în alb cu o cruce mare în mână), false recunoașteri (pe medic îl ia drept fratele său).

Acuză delir mistic cu un colorit persecutoriu. Manifestă logoree, incoherență, dromomanie.

Ex. laborator: Sediment urinar normal. Albumina, glucoza = abs.

Uree în sânge = 0,38 g. ‰ la litru.

R. Weil Felix = negativă.

19 Decembrie: Starea generală se agravează. Pacientul este dispneic cu tegumentele extremităților cianozate. Sudație. Temperatura crescută (39°9 dimineața — 39°4 seara).

Puls: slab bătut, regulat: 98—106.

Tensiunea arterială: 11 ½ — 7.

Excitație psicho-motorie extremă, rebelă la sedative și calmante, insomnie complectă, gatism, Negativism alimentar.

20 Decembrie 1941: Epuizare totală fizică, hipertermie (39°—40°1).

Sudori profuze. Tegumentele extremităților reci și cianozate.

Gura întredeschisă, buzele cianozate, uscate și acoperite de fuliginozități. Expectorează o secreție muco-purulentă. Halenă fetidă. Hipersalivație. Devierea globilor oculari-secuse generalizate, neregulate ca ritm, hipertonie musculară, mâinile în flexiune și adducție forțată, picioarele în extensie și adducție.

Pacientul este în tot timpul în decubit dorsal, dând impresia unui tetanic în poziție ortotonus. Articulațiile libere, mișcările pasive se pot executa cu destulă ușurință, redoarea cefei lipsește, reflexele osteo-tendinoase și cutanate dispărute. Respirația neregulată. Puls rapid filiform. Pacientul sucombă.

Necropsie: Creer și meninge: hiperemie considerabilă.

Plămânii: Ambii plămâni ocupați aproape în întregime de leziuni de pneumonie în stadiul de hepatizație roșie și bronșită.

Ficatul: Mărit, flasc, stază, degenerescență grasă.

Splina: Enormă, stază.

Rinichii: Volum normal, desemn șters, friabili.

Cordul: Degenerescența miocardului.

Stomac: Hiperemie intensă.

Intestine: Hiperemie.

Supra-renale: Corticala redusă, medulara ramolită.

Obs. II. — Sold. S. A.: de 35 ani este adus dela Oceacov în ziua de 18 Decembrie 1941, unde a prezentat cu 5-6 zile în urmă insomnie, cefalee, senzație de arsuri în gât, anxietate. Pacientul a fost în contact cu tetra etil Pb. timp de 18 zile continuu.

Ant. H. C. și personale: din datele furnizate de bolnav nu găsim nimic important.

Ex. somatic: Afebril, tip atletic, cu țesutul adipos redus. Tegumentele pigmetate, palide, adenopathie sub-maxilară.

Ap. respirator: Raluri ronflante și sub crepitante în ambele baze.

Ap. cardio-vascular: Sgomote normale, puls dur, 54 bătăi pe minut.

Tensiune arterială = 12 ½ — 8.

Ap. digestiv: Apetit diminuat, limba saburală, lizereu gingival, cu dureri abdominale, ușor accentuate în epigastru.

Ap. renal: Nimic deosebit clinic.

Ex. neurologic: Hiperreflectivitate osteo-tendinoasă și cutanată.

Tremurături fine ale membrelor superioare.

Ex. psichic: Orientat, anxios, sugestibil, turburări de atenție și memorie.

Ex. laborator: Sediment urinar, nimic important. Albumina în urină = nor mijlociu. Glucoza în urină absentă. Uree în sânge 0,54 %.

R. Weil. Felix = negativă.

20 Decembrie 1941: Febril, 38°9. Tegumentele uscate. Dispneic (38 resp. pe minut) submatitate importantă ambele baze, raluri subcrepitante ronflante și crepitante ambele câmpuri pulmonare.

Sgomotele cardiace ușor asurzite. Puls slab 98—106 pe m. Tensiunea 12—7.

Ex. neurologic: Hipertonie musculară, tremurături generalizate, insomnie totală. Turburări ataxice. Hipersalivație.

Ex. psihic: Pacientul prezintă o stare de agitație psichomotorie extremă, încât este nevoie să fie împachetat. Vociferează, prezintă delir de persecuție, dromomanie, este desorientat, logoreic, atenția redusă.

21 Decembrie 1941: Starea pacientului se agravează mult. In urma stării de agitație ce a ținut 20 ore pare epuizat complect. Febra persistă. (40°2). Puls filiform tegumentele cianozate. Dispnee, sudori profuze, facies sardonic, hipertonie musculară. Bolnavul sucombă în seara zilei.

Necropsie: Oedem și hiperemie considerabilă a creerului și meningelor.

Plămâni: Broncho-pneumonie bilaterală.

Cordul: Degenerescența miocardului.

Tract digestiv: plăci erozive pe mucoasa bucală și faringe hiperemia stomacului și intestinului subțire.

Ficat, splina, rinichii, gl. supra renală la fel ca la Ob. I-a.

Obs. III-a Sold. A. C.: 24 ani este adus dela Oceacov în ziua de 18 Dec. 1941 cu stare confuzională, logoree, fugă de idei, insomnie, excitație psicho-motorie, dromomanie-fenomene apărute cu câteva zile în urmă (după declarația camarazilor săi). Bolnavul a fost sub influența toxicului vreme de 3 săptămâni, continuu.

Ant. H. C. și personale: nu se pot lua.

Ex. somatic: Afebril tegumentele palide.

Ap. ganglionar. Adenopathie sub maxilară bilaterală.

Ap. respirator: Nimic deosebit.

Ap. cardio-vascular: Sgomote regulate. Puls rar, dur 56 bătăi pe minut. Tensiunea arterială 11½—7.

Ap. digestiv: Limba saburală ușor, lizereu gingival.

Ap. renal: Polakiurie.

Ex. neurologic: Hiperreflectivitate osteo-tendinoasă și cutanată. Tremurături ale mâinilor, picioarelor și capului. Romberg = +. Insomnie totală.

Ex. psichic: Bolnavul, cu un facies mobil, anxios, logoreic, cu fugă de idei, incoerență, prezintă delir mistic religios (este trimisul lui Dumnezeu pe pământ să scape oamenii de păcat), cu un puternic colorit persecutoriu — nu se alimentează de teamă de a fi otrăvit. (Toți îi vor răul, vor să-l omoare); prezintă false interpretări (pe medic îl i-a drept Isus Christos și cere să-l ajute). Turburări mari ale atenției și memoriei.

Ex. laborator: Sediment urinar: rari cilindri hialini și granuloși. Albumină în urină = urme. Glucoza în urină = absent. Uree în sânge 0,38 gr. ‰ — R. Weil-Felix — negativă.

20 Decembrie 1941: Aceiași stare.

22 Decembrie 1941: Delirul mistic și persecutoriu persistă, starea de excitație psicho-motorie se accentuiază. Este dromomaniac. Suntem nevoiți de a-l supraveghea tot timpul. Aceste fenomene nu cedează la sedative și calmante.

24 Decembrie 1941: Pacientul foarte slăbit cu tegumentele palide, febril 38°4—limba saburală, lizereu gingival mai accentuat. Salivație abundentă. Turburările neurologice și psihice mai accentuate.

25 Decembrie 1941: Pacientul în stare gravă — cu contracțiuni musculare amintind tetania, facies sardonic, extremitățile reci, cianozate, sudori profuze, hipertermie (40°2). Sucombă.

Necropsie: nu s'a putut face din motive independente de noi.

Obs. IV-a — Sold. C. C. 29 ani, adus în ziua de 18 Decembrie 1941 dela Ocea-

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid — Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

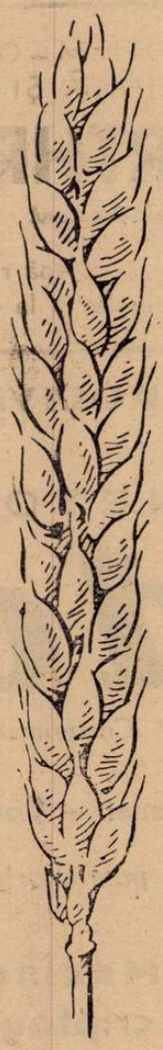
POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT – 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN – BUCUREŞTI III – TELEFON: **2.11.78**

Protecția gestației



în avort iminent și habitual **sterilitate** în urma netransformării mucoasei uterine în faza pregravidă, **hemoragii** (hiperplasii glandulare, cistice, juvenile și climacterice)

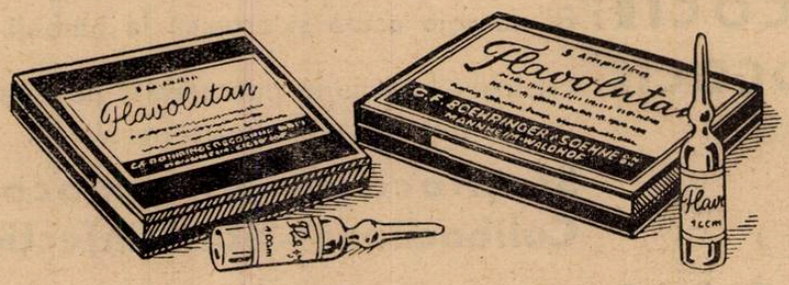
Flavolutan

(Corpul galben disolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune *mărită a progesteronului. Pe baza conținutului* vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole



C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III,** Strada General Eremia Grigorescu, 6

cov unde fusese în contact cu tetra etil de Pb circa 19 zile.

Prezintă stare generală gravă, hipertermie (39⁰9). Halena fetidă. Salivaţie abundentă. Dispnee. Puls slab, 106 b. pe minut. Tensiunea arterială = 10—6. Gatism. Importante fenomene neurologice: Tremurături generalizate, contracţiuni marcate ale muşchilor membr. sup. şi memb. inf. Reflexele osteo-tendinoase şi cutanate abolite. **Turburări psichice:** Agitaţie motorie şi psihică continuă, dromomanie, halucinaţii vizuale şi delir mistic.

Fenomenele de mai sus au evoluat de 8—9 zile în urmă începând cu o stare de anxietate, insomnie, coşmare, la cari apoi s'a adăugat celelalte manifestări. Datele acestea ne-au fost furnizate de sergentul ce însoţia pe bolnavi.

Starea sa devine din ce în ce mai gravă. Pacientul sucombă în aceiaşi zi.

Ex. laborator: Uree în sânge = 0,48 gr. ‰. R. Weil-Felix — neg.

Necropsie: Creer, meninge. Oedem şi hiperemie considerabilă. Turgescenţa vaselor dela baza creerului.

Celelalte organe prezentau leziuni asemănătoare ob. I-a şi II-a minus leziuni de broncho-pnemonie.

Obs. V-a — **Sold. D. S.:** de 37 ani, este adus în ziua de 18 Decembrie 1941 dela Oceacov pentru insomnie, cefalee, ameţeli, senzaţie de jenă în gât, usturimi ale limbei — fenomene ce au apărut insidios după 21 zile de contact zilnic cu tetra etilul de Pb.

In antecedente găsim hereditate T. B. C. (mama).

Ex. somatic: Pacientul afebril, uşoară paloare a tegumentelor.

Ex. respirator: Nimic deosebit.

Ap. cardio-vascular: Bradicardie (58 bătăi pe minut). Pulsul dur.

Tensiunea arterială 12½—7.

Ap. digestiv: Limba saburală, mucoasa bucală şi faringiană prezintă zone palide fără alte modificări.

Ex. neurologic: Hiperreflectivitate osteotendinoasă şi cutanată. Diminuarea acuităţii vizuale pentru vederea de departe (nu poate distinge conturul obiectelor la o distanţă mai mare de 5 m.). Distinge cu greu culorile. Nistagmus orizontal bilateral. Pretinde că aude cu greu şi mai ales nu poate preciza direcţia sunetului. S. Romberg = negativ. Acuză cefalee (mai mult greutate în cap) fronto-occipitală, vâjâituri în urechi. Dureri în muşchii coapselor şi braţelor. Asthenie.

Ex. psichic: Oarecari turburări de memorie, insomnie, vise terifiante.

Ex. laborator: Sediment urinar: cilindri hialini şi granuloşi. Uree în sânge 0,28 ‰.

Timp de 5 zile nu se constată nici o modificare importantă a fenomenelor de mai sus.

23 Decembrie 1941: Bolnavul prezintă tremurături ale extremităţilor. Plăci erosive ale mucoasei bucale şi faringiene. Halena fetidă. Colici abdominale. Uşoare oedeme memb. inferioare. Oligurie. Bradicardia persistă (56 b. pe minut).

Tensiunea arterială = 12—7.

Anxietate, logoree, fugă de idei. Tendinţă la dromomanie. Sediment — numeroşi cilindri hialini şi granuloşi. Albumină = nor mijlociu. Uree în sânge 0,42% gr. Aplicăm tratament antitoxic, regim şi calmante (Bromur).

28 Decembrie 1941: Excitaţie psiho-motore; dromomanie. Delir mistic religios (stă tot timpul în genunchi, se roagă intonând imnuri religioase). Negativism alimentar.

30 Decembrie 1941: Hipertermie (39⁰8). Epuizare. Transpiraţie abundentă. Gatism. Pulsul slab (105 b. pe minut). Excitaţie psihomotorie şi delirul polimorf persistă.

R. Weil-Felix = negativă. Uree în sânge 0,62‰ gr.

31 Decembrie 1941: Complect epuizat, musculatura contractată ca în tetanie, facies sardonic. Hipertermie (41⁰2). Sucombă.

Necropsie: Oedem şi hiperemie considerabilă a creerului şi meningelor cerebelului, măduvei şi bulbului.

Cordul: degenerescenţa cordului.

Plămânii: staza ambelor baze.

Ficatul: mărit de volum, moale, stază.

Splina: mare, stază.

Rinichii: volum normal, rezistenţă la secţiune — piramidele uşor palide.

Capsule supra-renale şi stomac şi intestine aceleaşi leziuni ca la celelalte cazuri.

Obs. VI-a Sold. P. I. de 35 ani este adus în ziua de 18 Decembrie 1941 dela Oceacov unde a stat în contact cu tetra etilul de Pb, neregulat 3 săptămâni după care timp a prezentat insomnie, pierderea apetitului, asthenie, slăbire progresivă.

Antecedente fără importanţă.

Ex. somatic: Tegumentele palide uscate. Afebril.

Ex. pulmonar: Raluri de bronşită diseminate.

Ap. cardio-vascular: Sgomote cardiace regulate. Puls dur, regulat (48 b. pe minut). Tensiunea arterială 12—8.

Ap. renal: Poliurie relativă (1800 cc. pe 24 ore).

Ex. neurologic: Tremurături ale mâinilor şi pleoapelor. P. O. D. mai mare ca O. S. Pupilele reacţionează la distanţă şi lumină. Uşoară exoftalmie. Reflexele osteo-tendinoase vii. Reflexele cutanate, normale. Sensibilitatea nemodificată. S. Romberg = negativ.

Ex. psichic: Anxietate, inactivitate — insomnie — zoopsii.

Ex. laborator: Sediment urinar: depozit important de uraţi şi fosfaţi. Uree în sânge = 0,24‰ gr. R. Weil-Felix = negativă.

24 Decembrie 1941: Bolnavul mult slăbit — apetit diminuat. Lizereu gingival (mai ales la baza incisivilor inferiori) colici abdominale. Excitaţie psicho-motorie, fugă de idei, este anxios — se orientează cu greu. Nu recunoaşte culorile. Insomnie rebelă.

Pulsul 62. Tensiunea arterială=12—7½.

26 Decembrie 1941: Excitaţie psicho-motorie accentuată — cu faze de agitaţie choleroasă (rupe hainele de pe el, aruncă cu obiecte ce-i cad în mâini în cei din jur). Suntem nevoiţi a-l împacheta.

28 Decembrie 1941: Faza de agitaţie a dat. Pacientul complect confuz, logoreic prezintă delir mistic şi halucinaţii vizuale foarte accentuate.

30 Decembrie 1941: Aceiaşi stare, dromomanie.

2 Ianuarie 1942: Pacientul în stare de confuzie mintală, cu negativism alimentar, anxietate, delir mistic, insomnie totală, epuizare fizică este evacuat cu ceilalţi bolnavi către interiorul ţării.

După cum vedem un număr de ostaşi (35) au fost supuşi în mod lent sub influenţa unui gaz toxic pe care l-am identificat că ar fi *tera etil de Pb.* Acest gaz prin acţiunea lui intermitentă (în genere numai noaptea) dar repetată (dela 3—21 zile) a putut da turburări cari le putem clasa în: a) *turburări toxice generale,* b) *turburări neurologice* şi c) *psihice.* Foarte probabil toxicul prin acţiunea sa a provocat desvoltarea de endotoxine şi asfixii cari au determinat apariţia oedemului şi hiperemiei meningo-encefalitice, deslănţuind turburările psicho-motorii arătate mai sus (Proces cunoscut în encephalopathia saturnină a autorilor clasici).

Ştim că turburările acestea pot surveni şi în urma intoxicaţiilor lente dar durabile cu Pb. (Saturnismul profesional). In cazurile noastre a fost vorba de intoxicaţie cu un toxic cu bază de Pb. accidentală, dar cu un toxic neobişnuit de puternic.

Am crezut necesar să dăm publicităţii cazurile de faţă datorită numărului important de bolnavi (35), fiind vorba de o intoxicaţie în massă şi mai ales pentru că nu se cunosc până în prezent intoxicaţi datorite Pb. cu manifestări atât de intense cu sfârşit fatal, evoluând într'un timp aşa de scurt la indivizi tineri şi cari nu mai suferiseră înainte influenţe toxice.

Putem adăuga că rezistenţa umană este mult mică în faţa acestui toxic (tetra etil de Pb), întrucât în acelaş grajd se aflau în tot acest timp un număr de cai, cari n'au manifestat nici o turburare.

Regretăm că nu am putut experimenta acţiunea toxicului şi pe alte animale, precum şi complectarea celorlalte cercetări din cauza condiţiilor în cari ne aflăm.

CARŢILE MEDICALE ROMÂNEŞTI

Constatări şi remedii

de Dr. MARIN ENĂCHESCU
Conferenţiar la Fac. de medicină din Bucureşti

Corpul medical este unanim în a recunoaşte competinţa şi energia de care dau dovadă actualii conducători ai Ministerului Sănătăţii în rezolvarea problemelor sanitare. Numai cu greutate găsim în trecut exemple asemănătoare.

Graţie activităţii depuse, într'un scurt interval de timp şi-au găsit soluţia bună parte din problemele lăsate nerezolvate timp de decenii. Este cu atât mai mare meritul celor care au ajuns la astfel de rezultate cu cât au fost nevoiţi să lucreze în împrejurări excepţionale.

In aceste condiţiuni s'au ivit sarcini noui şi grele. Aceste greutăţi, la rândul lor, au fost învinse, după cum rezultă din situaţia sanitară a ţării, care poate fi considerată satisfăcătoare, cu toate condiţiile grele de trai ale populaţiei determinate de starea de războiu.

Modul cum sunt concepute şi rezolvate problemele sanitare, arată obiectivitatea şi spiritul ştiinţific cu care sunt studiate. Oricine activează în câmpul medicinei şi gândeşte obiectiv, va ajunge la upncte de vedere şi soluţiuni identice.

In Noembrie 1940, într'un articol apărut tot în această revistă [1]) am făcut o încercare modestă de a aplica o metodă obiectivă în studiul problemelor sanitare. Cu acel prilej, între altele, ajungeam la concluzia că pentru un randament optim al mijloacelor materiale şi al personalului sanitar, risipite la mai multe instituţiuni, este imperios necesară centralizarea la Ministerul Sănătăţii. Numai astfel mijloacele materiale se vor distribui în raport cu nevoile reale, nu după consideraţiuni străine, de multe ori, actiunei sanitare.

In ce priveşte personalul medical, încadrarea lui într'un corp technic controlat de Minister, va permite o repartizare raţională şi totodată o riguroasă selecţionare. In aceste condiţiuni, fiecare medic poate fi utilizat după competinţa şi activitatea sa.

In prezent, aceste chestiuni depăşesc faza deziderateloor, întrucât şi-au găsit un început de rezolvare într'o lege, curajoasă, clară, care nu mai poate da naştere la echivocuri.

Rezultatele de până acum, ne arată că actualii conducători ai Ministerului Sănătăţii, nu se opresc la jumătăţi de măsuri şi cu un spirit de sinteză care îi onorează, îmbrăţişează problemele sanitare în toată întinderea lor.

Cu această metodă erau obligaţi să-şi pună mai întâi întrebările: La ce nevoi trebue să facem faţă? Ce instituţii şi ce mijloace technice sanitare avem? Cât personal technic şi cum poate fi folosit?

Răspunsuri precise nu se puteau da fără studii statistice. Cercetările statistice au arătat, între alte lipsuri, insufi, cienţa personalului medical sau utilizarea lui iraţională.

Din această cauză, s'a impus încadrarea medicilor prin concursurile cari se ţin în prezent, cu toate piedicile puse de războiu, ceeace s'a neglijat în timpuri mai liniştite. Nu discutăm motivele, dar constatăm faptele.

Dar oricât de bine încadraţi şi folosiţi, medicii pe care îi avem nu pot face faţă lipsurilor. Deaceea s'a impus mărirea numărului studenţilor în medicină, şi în anii 1940—1941, numărul celor admişi în facultăţi aproape s'a dublat.

In legătură cu instrucţia şi educarea viitorilor medici, se pun o serie de chestiuni care trebue să fie desbătute pe larg spre a se atinge ţelurile urmărite, adică personal medical numeros, bine pregătit şi bine selecţionat.

Vor trebui înlăturate toate piedicile care se pun în drumul realizărei acestor scopuri.

Menţionăm câteva din aceste piedici:

1) Ambianţa socială care permite, adeseori, ca interesul personal exclusiv şi situaţiile nemeritate, să fie urmărite cu desconsiderarea intereselor generale şi a ideii de dreptate. Oricât de dificilă este această reformă de moravuri, ea trebue să fie tratată cu toată seriozitatea şi de către toate instituţiile cu rol educativ, familie, şcoală, viaţă publică.

2) Insuficienţa Instituţiilor de Invăţământ medical. De aci rezultă necesitatea măririi celor actuale, dublarea unor catedre sau eventual înfiinţarea unei noui Facultăţi de medicină.

3) Lipsa de material didactic, de mijloace de studiu şi mai ales a cărţilor didactice medicale.

La întrebarea studenţilor, din diferiţi ani de studii, ce carte recomandaţi pentru materia X, răspunsul este foarte greu de dat. Atunci când există cărţi bune, se poate întâmpla să fie scrisă într'o limbă pe care studentul nu o cunoaşte. Alteori materialul dintr'o carte este enorm şi studentul nu-l poate aborda.

De cele mai multe ori, cum se întâmplă în prezent, cartea este epuizată sau se găseşte, într'o ediţie veche şi nu mai este ţinută la curent cu progresele continue ale medicinei.

Aceste constatări, arată că ne aflăm într'un moment când cărţile de medicină scrie în limba română, pentru uzul studenţilor şi chiar al medicilor practicieni sunt o imperioasă necesitate.

Avem un număr de manuale care fac cinste autorilor şi culturii noastre. Aceste cărţi însă, au fost scrise plecând dela consideraţiuni diferite şi conţinutul lor nu poate fi utilizat, în toate cazurile, pentru instrucţiunea obişnuită a studentului, sau a tânărului practician.

Ceeace ne trebue sunt, înainte de toate, bune cărţi didactice.

Obiecţia care se face că am avea o slabă putere de absorbţie a cărţilor româneşti nu este îndreptăţită. Numărul studenţilor în medicină şi al medicilor va fi din ce în ce mai mare.

Cărţile medicale scrise în româneşte vor fi tot mai căutate dacă vor corespunde condiţiilor ce se cer unei cărţi bune. Chiar până acum, s'au epuizat, într'un interval de timp scurt, toate cărţile găsite folositoare. Este suficient să citâm Tratatul de terapeutică al mult regretatului Prof. Theohari.

Nu trebue să ne oprim, stăpâniţi de un complex de inferioritate nejustificat, la considerentul că noi nu putem da la lumină cărţi comparabile cu cele apărute în alte limbi, care din această cauză vor fi preferate. Exemplele care arată competenţa medicilor români în literatura de specialitate sunt numeroase.

Ceeace însă a contribuit ca eforturile şi realizările de până acum să nu fie prea bine cunoscute a fost lipsa de coordonare a activităţii publicistice.

Autorii au plecat dela puncte de vedere particulare şi era firesc ca rezultatele la care s'a ajuns să nu fie, totdeauna mulţumitoare, atât din punct de vedere al folosului cultural cât şi al recompensei morale sau materiale a autorilor.

Pentru ameliorarea acestor stări de lucruri, chestiunea cărţilor medicale trebue să fie studiată în ansamblul ei. Soluţiile cele mai potrivite nu se pot găsi decât printr'o colaborare între Ministerul Culturii naţionale, Ministerul Sănătăţii şi Facultăţile de medicină.

Reprezentanţi competenţi ai acestor instituţiuni se vor pune de acord a-

1) Misiunea tineretului medical. România Medicală 15 Neembrie 1940.

Cura de primăvară

Pentru inlăturarea congestiunilor și a oboselii, care se manifestă cu predilecție primăvară, este necesar un stimulent cum este „Uricedin", medicament cunoscut de 40 ani, e foarte eficace in combaterea bolilor de metabolism. Radicalul SO_4-ion al Uricedinei mărește secreția intestinală, stimulează peristaltismul și inlătură constipația: prin aceasta inlătură atonia intestinală, care foarte des este cauza bolilor de metabolism. Deci pentru cura de primăvară „Uricedin".

Modul de intrebuințare: Doza depinde de efectul laxativ. In general se va administra de 2-3 ori pe zi o linguriță Uricedin intr'un pahar cu apă, ½ oră inainte sau după masă. Doze mai mari se pot lua fără vre'un inconvenient.

Reprezentanță:
Loew & Co. A. G., Sibiu
Str. Bisericii 11 a.

J. E. Stroschein · Chemische Fabrik · Berlin SO 36

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.

Condițiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

Intr'o poziție privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentului:
în camere pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschlaud)

Prospecte ilustrate gratuite

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

supra telurilor urmărite şi mijloacelor de realizare.

O activitate neîntreruptă de 15 ani în învăţământul medical, mi-a permis să cunosc nevoile studenţilor, cu ce mijloace didactice sunt ajutaţi, care sunt lipsurile şi cum pot fi remediate.

Absolvenţii liceelor noastre, în marea lor majoritate, nu sunt obişnuiţi să se instruiască dela realităţile înconjurătoare prin observaţie sau judecată proprie. Este o tristă constatare, însă adevărul trebue spus, cu toată cruzimea lui.

In licee elevii capătă un anumit capital de cunoştinţe înmagazinate prin memorizare. Nu se face, decât rareori şi prea puţin, apel la judecata şi spiritul lor de observaţie.

Din această cauză, cei mai mulţi nu sunt capabili să vadă corect ce există şi ce se petrece în jurul lor. Intre realităţile exterioare şi organele lor de simţuri se interpun cunoştinţele memorizate. Aceeastă interpunere împiedecă observaţia, instrucţia şi informaţia directă de la lucruri şi fenomene. Cu alte cuvinte, metodele din liceu nu reuşesc de cât, în foarte mică măsură, să facă din elevi elemente capabile să se orienteze în lumea înconjurătoare, să o înţeleagă şi să rezolve, cu judecată proprie, problemele pe care această lume înconjurătoare le pune unui tânăr în şi multiplele lui situaţii de organism biologic, cetăţean, profesionist, etc.

Se găsesc, desigur, absolvenţi ai liceelor, care ajung în Universitate cu altă pregătire, capabili să înţeleagă mediul în care trăesc. Aceştia însă constitue o minoritate şi sunt mai mult produsul însuşirilor înnăscute, al educaţiei din familie, decât al şcoalei secundare.

Nu este locul să căutăm motivele acestor stări de lucruri. Este însă limpede că un popor cu un randament educativ aşa de slab, din partea şcoalelor, care formează cadrele de conducători, este ameninţat de foarte mari pericole.

Străbatem o perioadă revoluţionară cum nu se cunoaşte în Istorie. Revoluţia este generală: politică, socială, economică. O caracteristică a revoluţiei pe care o trăim este că distruge, sub ochii noştri şi va mai distruge toate organismele artificiale, toate situaţiile nenaturale şi prin urmare, toate improvizaţiunile.

Deaceea, cultura noastră de până acum, mai mult formală, poate deveni o nenorocire naţională, dacă nu se adaptează spiritului nou care stăpâneşte lumea.

Pentru atingerea acestui scop, Universităţile noastre au de jucat un rol covârşitor.

Obişnuinţa cu observaţiunea personală, cu raţionamente proprii, este un imperativ pentru orice disciplină intelectuală nu numai, cum s'ar părea la prima vedere, pentru disciplinele technice ca ingineria, medicina, etc.

Constatările de mai sus arată necesitatea de a pune la îndemâna studentului, în primul rând, cărţi şi mijloace de studiu care să-l obişnuiască şi să-l oblige să-şi desvolte spiritul de observaţie şi judecata proprie.

Numeroase manuale de medicină nu ţin seamă de această necesitate imperioasă, mai ales pentru o disciplină de observaţie cum este medicina.

Viitorul medic va rămâne singur în faţa bolnavilor şi nu trebue să fie cuprins de panică, dacă nu-şi va aminti de un caz asemănător citit în cărţi sau prezentat la un curs. El va trebui să observe metodic, să înregistreze cu fidelitate toate simptomele, să se ajute la nevoe de mijloace technice pentru descoperirea celor care nu sunt evidenţiate prin examenul clinic. Numai procedând astfel va putea să ajungă la un diagnostic şi un tratament corect.

O carte bună de medicină este aceea care face din student şi medic un bun observator şi-l obişnueşte să judece sprijinit pe realităţi.

O carte didactică trebue să fie o călăuză printre faptele cu care medicul este pus în contact. Nu poate fi o carte bună aceea care expune, în acelaş timp, dând o egală importanţă, semnelor de boală pe care studentul le poate controla, consideraţiunilor istorice sau ipotezelor patogenice.

In ce priveşte dimensiunile, trebue părăsită tradiţia care obligă un autor să dea la lumină o carte cu cât mai multe pagini.

Numărul mare de pagini nu este impus de noţiunile utile ci de date istorice, de ipoteze sau opinii perimate.

Intre Şcolile medicale franceze, germane sau engleze, întâlnim deosebiri.

Pentru fiecare din ele problemele nu au o importanţă identică şi din complexitatea lor fiecare alege punctele de vedere sau aspectele impuse de tradiţie sau concepţiile unor personalităţi autochtone. Opera acestor personalităţi este respectată şi apărată în ţările respective nu numai din motive ştiinţifice dar şi din orgoliu naţional. Iată de ce la întocmirea unui manual didactic se impune, în primul rând, păstrarea cunoştinţelor care au rezistat timpului şi experienţei.

Este necesar să se procedeze cu mult discernământ la alegerea noţiunilor care trebue puse la îndemâna studenţilor.

Deşi de dimensiuni reduse, o carte va trebui să fie completă şi să cuprindă toate cunoştinţele precise, în legătură cu subiectul despre care tratează. Ea va da studentului siguranţa că liniile mari ale disciplinei studiate, nu i-au rămas străine. In acest fel se vor evita situaţiile de necrezut, pe care le întâlnim astăzi, când un absolvent al Facultăţii de medicină, nu cunoaşte unele chestiuni elementare, pentru că informaţia fragmentară din cărţi, sau lipsa dela cursuri, nu i-au atras atenţia asupra lor.

Forma cărţilor, hârtia, tiparul vor trebui alese cu îngrijire şi păstrată aceeaşi pentru toate cărţile dintr'o categorie anumită, *colecţie*.

In acest scop s'ar putea creea o colecţie a Facultăţilor de medicină, asemănătoare colecţiilor unor edituri din Occident. Aici nu ar putea să apară decât lucrări didactice care ar îndeplini condiţiunile fixate de personalităţi consacrate în specialitatea respectivă.

Autorul unei cărţi bune, va fi scutit de grijile tiparului şi de problemele financiare legate de tipărirea ei. Fiind o editură de Stat, care nu urmăreşte beneficii, autorii ar putea să fie mai bine recompensaţi şi din punct de vedere material.

Este dela sine înţeles că o editură oficială, nu se va mărgini numai la cărţile didactice. Ea va tipări, în urma unui discernământ riguros, orice lucrare din domeniul ştiinţelor medicale.

Activitatea publicistică a medicilor români este variată şi bogată, după cum rezultă din numeroasele reviste pe care le avem. Lipsa de coordonare însă face ca, şi în acest domeniu, să nu fie cunoscută această activitate, decât în cercuri restrânse. Se simte nevoia unei reviste periodice reprezentative, care apărând regulat, într'o limbă internaţională, să dea o imagine justă a mişcării medicale din ţara noastră.

Pe lângă foloasele arătate, editarea cărţilor în limba română, va contribui ca, cercuri medicale cât mai largi, să folosească din activitatea didactică desfăşurată în Facultăţile de medicină.

Schiţând câteva din aspectele problemei cărţilor medicale, mi-am îngăduit unele sugestiuni. Incontestabil problema este vastă şi prezintă numeroase aspecte care comportă o largă discuţiune.

Am crezut de datoria mea să atrag atenţiuea asupra ei, fiindcă, din legătura permanentă cu studenţii, am constatat că reclamă soluţiuni neîntârziate.

Este de dorit ca autorităţile care au sarcina de a complecta cadrele medicale şi a le păstra la un nivel ştiinţific ridicat, vor studia diferitele aspecte ale problemei şi se vor opri la soluţiunile cele mai potrivite.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Deschidnrea concursului de secundariat în medicină

In ziua de 9 Aprilie a avut loc la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale deschiderea concursului pentru ocuparea locurilor vacante de medici secundari. Pentru cele 50 de locuri vacante la acest concurs s'au înscris 105 medici.

Pentru ca organizaţia sanitară să dispună de un număr mare de specialişti, Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a reorganizat aceste concursuri cari au început eri în cele trei centre universitare, Bucureşti, Iaşi şi Sibiu.

Deschiderea concursurilor de secundariat la Bucureşti s'a făcut în cadrul unei solemnităţi sub preşedinţia d-lui profesor dr. **P. Tomescu**, ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi în prezenţa d-lor profesori şi medici primari membrii jurilor de examinare.

D. profesor dr. **P. Tomescu**, ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, deschizând concursul a spus în rezumat următoarele:

Ministerul Sănătăţii a luat hotărârea de a se ţine toate concursurile întrucât viaţa culturală şi spirituală a ţării trebue să continue, chiar în timpul războiului.

In afară de aceasta, organizaţia sanitară a Statului are nevoe de medici mulţi şi buni, a căror pregătire temeinică, nu trebue oprită, ci dimpotrivă, favorizată.

Acum, când problema sănătăţii publice a trecut, conform hotărârilor d-lui Mareşal Antonescu, printre cele mai importante preocupări ale Guvernului, nu se pot realiza integral proectele noastre din cauza lipsei de specialişti în diferite domenii ale ştiinţei medicale.

Dacă fondurile materiale se pot găsi şi clădirile se pot construi printr'un mare efort, — medicii specialişti nu se pot forma decât în mai mulţi ani de muncă încordată.

Concursul de secundariat urmăreşte să selecţioneze pe criterii obiective de valoare personală şi să pregătească în timpul stagiului de 3 ani pe specialiştii de care ţara are o nevoe din ce în ce mai resimţită.

Această acţiune nu poate întârzia şi de aceia o începem acum, în mijlocul războiului.

Gândul nostru merge însă cu o deosebită simpatie, la tinerii medici cari fiind departe pe front, nu se pot prezenta la aceste concursuri. Era nu numai drept, dar şi în interesul operei de promovare a celor mai bune elemente, ca să rezervăm un număr important de locuri pentru medicii cari îşi fac astăzi, cu devotament, datoria către Patrie.

De aceia concursul actual se ţine pentru 92 de locuri, iar în Noembrie viitor se va ţine încă un concurs, pentru 130 de locuri.

D. ministru mulţumeşte apoi tuturor pentru numărul mare în care s'au înscris la aceste concursuri de secundariat, dovedind astfel necesitatea reformei făcute secundariatului.

D. prof. dr. **I. Iacobovici** arată apoi candidaţilor felul în care se vor desfăşura probele concursului de secundariat şi normele ce trebuesc urmate pentru proba de tiluri, lucrări şi activitate profesională a candidaţilor la acest concurs.

Conferinţa medicilor primari de spitale şi de judeţ din regiunea Bucureşti

A avut loc la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale sub preşedinţia d-lui prof. dr. **P. Tomescu**, ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, conferinţa trimestrială a medicilor primari director ai Spitalelor din Inspectoratul Sanitar Bucureşti.

Aceste conferinţe au fost instituite de Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale pentru ca medicii din diversele judeţe să studieze împreună probleme importante ale organizaţiei sanitare şi pentru ca ei să colaboreze îndeaproape la ridicarea nivelului sănătăţii publice

Deschizând această conferinţă, d. dr. **Apostolescu**, inspector general sanitar al regiunii, a arătat utilitatea acestor conferinţe trimestriale cari pe lângă interesul lor ştiinţific stabilesc o colaborare strânsă între diversele categorii de medici oficiali ajutând astfel la rezolvarea problemelor dificile ale organizaţiei sanitare.

Medicii primari de judeţe şi medicii primari directori de spitale vor expune în aceste conferinţe rapoarte sintetice ale activităţii lor, greutăţile de care s'au lovit, problemele ce au avut de rezolvat şi propunerile de remedi'ere pentru viitor.

D. prof. dr. **P. Tomescu**, ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a mulţumit medicilor penrtu participarea lor la aceste conferinţe menite să stabilească o colaborare strânsă între toate categoriile de medici.

Formaţiunile noastre sanitare nu trebue să trăească autonom şi izolate ci ele trebuesc integrate într'o viaţă mai complexă de relaţiuni strânse între toate unităţile organismului nostru sanitar.

Este imperios necesar ca toate categoriile de medici să colaboreze îndeaproape pentru rezolvarea problemelor de asistenţă medicală locale.

Plecând dela medicii de circumscripţie rurali şi până la marile spitale de specialitate din oraşele de reşedinţă, trebuesc stabilite legături de colaborare între servicii şi de prietenie între oameni.

In fiecare judeţ, medicii primari de spital vor studia şi vor lucra intens pe teren la ţară şi la oraş în domeniul specialităţii lor fiind într'o strânsă colaborare cu medicii de circumscripţii. In special medicii care se ocupă, prin natura specialităţi lor de bolele şi problemele sociale vor trebui să aibă acest rol. Astfel, medicii primari ai serviciilor de puericultură, de tuberculoză, de boli venerice, de boli contagioase vor trebui să fie animatorii luptei în contra acstor boale în judeţul lor.

Medicii de circumscripţie vor trebui să-i ajute în această luptă fiind într'o continuă legătură unii cu alţii.

Dar medici primari de spitale trebue să depună toate eforturile pentru a face din spitalele lor instituţii model, care să impună prin atmosfera lor ştiinţifică, prin igiena, prin confortul şi prin activitatea lor.

In domenul medicinei curative s'au realizat multe progrese în ţara noastră. Trebue însă să amplificăm eforturile noastre în această direcţie pentru a le pune în ritmul de activitate actual.

Solicit tuturor medicilor să depună toate sforţările pentru a asigura o stare sanitară cât mai bună ţării noastre.

Au urmat apoi rapoartele de activitate a d-lor: dr. Creangă, medic primar al judeţului Argeş, dr. Benone Georgescu, medic primar al spitalului Târgovişte, dr. Ghizdăvescu, medic primar al judeţului Ilfov, dr. Dolejan, medic primar al judeţului Dâmboviţa, dr. Mândreanu medic primar al judeţului Vlaşca, dr. Georgescu, medici primar al judeţului Muscel, dr. Vasiliu, medic primar director al spitalului «Dr. Sion»-Constanţa, dr. Nedelcu medic primar director al spitalului din Ploeşti.

Toţi aceştia, au expus în mod amănunţit, întemeiate pe o bogată documentare, starea sanitară a judeţelor respective ca şi progresele realizate şi preconizând măsurile de îndreptare la imperfecţiunile constatate.

Myoston

Pe bază de adenosină phosphorică MAP.

Myotonic pentru destindere vasculară mai ales a circulației coronare. Profilaxie și tratament de întreținere al anginei pectorale. Pentru mărirea capacității de travaliu a cordului la bătrâni. Abuz de nicotină și cofeină.

In angina pectorală: 20 injecții intramusculare 2 cc. timp de 30 zile. In infarct cardiac și gangrenă: zilnic 2—3 inj. 2 cc. Tratament de întreținere: 3—4 ori pe zi câte 20 picături.

Fiole 1 cc. și 2 cc Flac. 20 cc.

Codex S. A. R. Calea Șerban-Vodă 41, București

„Obesitatea nu este o maladie gravă. Nu te omoară în câteva luni, dar te face să mori zece ani mai devreme".

Lipolysin Henning

Glandă sexuală. Tiroidă, Lob. ant. hipofiz. Timus.

Slăbire rapidă și fără pericol

3 drag. pe zi înaintea mesei sau 4 inj. 1 cc. intramusc. săptămânal.
Indicat tratamentul combinat simultan.

Codex S. A. R., Calea Șerban-Vodă 41, București

NOTIŢE TERAPEUTICE

Despre hormonoterapia pe cale bucală cu preparate de stilben

Dr. V. Roth

Clinica ginecologică Karlsruhe (Ref. după Gebh. u. Frauenhlkd. 1941 caet. 1)

Roth a încercat nouile preparate de stilben în diverse turburări hormonale ale femeei. Bolnavilor cu amenoree secundară, Roth le-a dat cam 5—6 zile câte 2,5 mgr. Cyren B pe cale bucală, la interval de câte 3 zile şi apoi 15—20 mgr. de Lutren în injecţii, repartizate pe 6—10 zile. Rezultatul aşteptat s'a produs: examenele microscopice făcute din fragmente de mucoasă cu această ocazie au arătat influenţa excelentă asupra refacerii endometrului. Un exemplu:

E. B. în vârstă de 31 ani; menstre regulate la 4—5 săptămâni dela vârsta de 14 ani, de 3 ani turburări menstruale; menstrele nu survin decât la 6—8 săptămâni, pentru 7—8 zile, de 6 luni amenoree completă, cădere foarte accentuată a părului, greutate 110 kgr. S'au dat de 6 ori câte 2.5 mgr. de Cyren B pe cale bucală, la interval de 3 zile, iar în continuare de 4 ori 10 mgr. de Lutren la interval de câte 2 zile. In a 26-a zi de tratament survine o pierdere de sânge care durează 7 zile. Nici un fenomen secundar.

Şi în celelalte cazuri, rezultatele au fost satisfăcătoare; de fiecare dată s'au putut realiza menstre de câte 8—12—16 ori; cu această ocazie, se poate diminua doza totală pentru un ciclu la 9—10 mgr. de Cyren B. La 2 femei care au redevenit amenoreice după suprimarea medicaţiei, deabia administrarea parenterală de Cyren B şi Lutren a înlăturat din nou amenoreea, administrarea pe cale bucală ne mai dând rezultate. In dismenoree, Roth dădea pe vremuri cu succes câte 2,5—3 mgr. de Cyren B pe ciclu pe cale parenterală; cu tratamentul de acum, pe cale bucală, a fost nevoe de ceva mai mult Cyren B, cam de două ori atâta. După durata ciclului se dă în zilele 12-a, 14-a şi a 16-a sau a 13-a, a 15-a şi a 17-a dela începutul ultimei menstruaţii câte 4—5 tablete de Cyren B forte (=0,5 mgr.) în total 6—7,5 mgr., totuşi s'a constatat mai târziu că şi 4-5 mgr. repartizate pe două zile, erau suficiente. Efectul aşteptat nu se manifesta uneori decât la al 2-lea sau al 3-lea ciclu. Numai în hipoplaziile foarte mari nu s'a putut obţine uneori nici un rezultat:

In turburările climacterice sunt suficiente 0,1—0,2 mgr. de Cyren B (zilnic). Numai rareori este nevoe ca doza să fie mărită. Eşecuri nu prea au fost observate.

In colpita senilă pomada Cyren (sub formă de tampoane) a înlăturat prompt modificările obiective şi turburările subiective neplăcute. De cele mai multe ori au fost suficiente 3—4 tratamente la interval de câte 2 zile. Numai în afecţiunile foarte rebele a fost nevoe să se dea şi Cyren B în doze de câte 2.5 mgr. oral sau im., odată. In felul acesta au putut fi modificate în bine şi eroziuni. Şi un ulcus cruris care exista de mai mulţi ani a putut fi cicatrizat odată cu pomada Cyren. Şi în eczeme pomada Cyren dă de multe ori rezultate bune. In prurit, efectele pomezii Cyren nu au fost unitare, pe lângă rezultate bune adesea şi altele nesatisfăcătoare. Probabil că are un rol important în efectele pomezii Cyren şi curăţirea radicală a pielei şi a vaginului cu alcool şi Zephirol.

Toleranţa Cyrenului B este bună, chiar şi rezultatele experimentale (Grab, Kreitmair şi Sickmann, Ratschow şi Steckner, Rarei şi Engelhart, Huf, Steinkamm Pallos) pledează în favoarea unei bune toleranţe şi arată că afirmaţiile lui Grumbrecht şi Loeser (turburări hepatice) trebuesc primite cu rezerve. In examenele de urină pentru pigmenţi biliari Roth a avut rezulate negative, cu excepţia a 3 femei. De 2 ori s'au găsit urme de urobilinogen, cari au dispărut în cursul tratamentului; iar la cea de a 3-a femee, căreia i se dăduse dioxidiethilstil bendiacetat pentru inhibiţia secreţiei lactate, urobilinogenul a dispărut foarte repede. Nu s'au putut constata nici un fel de semne clinice de eventuale leziuni ale ficatului. Nici teama că stilbenii ar putea împiedica sau întrerupe o sarcină nu este justificată. Dimpotrivă, Roth a văzut survenind de 4 ori graviditatea după un tratament anterior cu stilben resp. Cyren B. Bine înţeles că terapia cu nouile substanţe oestrogene nu trebue lăsată decât pe seama unor medici cari au experienţă în această direcţie.

Observaţiuni asupra t atamentului durerilor operatorii cu analgeticul Donaltin

H. Rosenthal,

Policlinica chirurgicală, München, Münch. Med. Wschr. 1939, No. 28, p. 1079

Rosenthal aplică Dolatin în aproximativ 500 de cazuri în cari se cerea o analgezie rapidă, în special în cazurile în cari până în prezent nu se putea renunţa la morfină precum şi la derivaţi din seria opiaceelor; astfel înainte de toate la bolnavii cu hernii, procese inflamatorii ale apendicelui, cancer rectal şi gastric, plastii ale articulaţiilor, osteomielite, colici renale, (litiaze) gangrene Raynaud etc. Administrarea intramusculară a unei cantităţi de 100 miligrame duce, după trecerea unui interval de 8—10 minute, la o analgezie perfectă, care durează timp de 5—6 ore uneori chiar şi mai mult. Dolantin se administra de obiceiu, atât înainte cât şi după operaţie, în special în cazurile de litiază renală şi de gangrenă Raynaud. In 2/3 din cazurile tratate după această metodă, rezultatul obţinut a fost absolut satisfăcător. S'a reuşit de asemenea să se producă o analgezie cu acest medicament, unui bolnav cu empiem pulmonar, care mai suferea de astm, tratat cu morfină; Dolantin a înlăturat chiar şi crizele de astm, bronchial. In întrebuinţarea pe o scară atât de vastă a Dolantin-ului, n'au fost semnalate nici un fel de manifestaţiuni secundare. Bolnavilor ambulanţi veniţi la consultaţie, Rosenthal le recomandă de obiceiu, Dolantin în formă de pastile, iar în unele cazuri, în special în tratamentul durerilor postoperatorii după intervenţiuni mai mici executate sub anestezie locală, au fost recomandate supozitoare cu Dolantin. Pentru repoziţia precum şi imobilizarea fracturilor, deschiderea panariţiilor, abceselor, furunculilor, etc., Rosenthal aplica în general 2 pastile (=50 mg Dolantin) astfel încât după un interval de 15 minute s'a obţinut o analgezie pentru un timp de 3—5 ore. In tratamentul bolnavilor staţionari nu au fost semnalate nici un fel de manifestaţiuni secundare, în schimb în câteva cazuri de tratament ambulatoriu au fost observate ameţeli uşoare, transpiraţiuni, precum şi oboseală, fără însă să apară tulburări mai grave; chiar şi aceste manifestaţiuni secundare de natură uşoară au fost înlăturate, dacă cantitatea de Dolantin aplicată nu trecea de 25 mg. Din toate constatările făcute în urma tratamentului de aproximativ 500 de bolnavi ambulanţi şi staţionari, reiese, că, cu ajutorul Dolantin-ului pot fi înlăturaţi pe o scară întinsă, derivaţii precum şi alcaloizii opiului, din tratamentul stărilor dureroase în special al acelora provenite în urma intervenţiunilor operative.

Domnii medici pot obţine eşantioane şi literatură asupra preparatelor de mai sus. adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53, Bucureşti I. Tel. 3.92.86.

fabrica de produse chimice
gedeon richter
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69.03

Scăpaţi pacientele Dvs. de chinurile **menopauzei**

Dându-le

Ovariman

3 × 2 tablete pe zi

AMBESID

TABLETE ŞI FIOLE

Preparat sulfamidat

Conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid în tablete

Fiole de 2 şi 5 cc. cu un conţinut de 10%

Indicat în stările de infecţiuni cu streptococi, stafilococi, pneumococi, meningococi, gonococi şi colibacili

SYNTHOESTRIN

Tablete şi fiole

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4.4' Dipropionil - oxi - alfa - beta dietilstilben.

Acţiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau o tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat.

Estetica Feței

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf. Dr. SĂRĂȚEANU

INDICAȚIUNI:

Toate formele pustuloase de
Acnee vulgară facială.

Indicațiuni secundare: **Acnee rozacee.**
Toleranță locală și generală perfectă.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Se recomandă

DOMNILOR MEDICI VENEREOLOGI:

Vaccinul antistreptobacilar

PREPARAT PRIN PROCEDEUL

Prof. NICOLAU și Dr. BANCIU

Se întrebuințează în injecții intramusculare în ulcere șancroase și complicații: fimoze, parafimoze, imfite, adenite. Este foarte bine tolerat, nu dă șoc, nici febră, permițând astfel un tratament ambulatoriu.

Se poate procura la toate farmaciile principale din țară

Pentru literatură a se adresa reprezentanței generale, București Str. Regală 10 Telefon 3-78-66.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecțioasă, la copii și adulți nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existență
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanțe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenților microbieni patogeni.

DOZE:

COPII până la 3 ani o linguriță la oră.
COPII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULȚII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: **enterite acute și cronice** *la copii și adulți,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza *etc.***

Pentru literatură și eșantioane a se adresa reprezentanței generale București, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

Anul XX No. 9 — 15 Lei Exemplarul — 1 Mai 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Proiesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise intre orele 3-5 după amiază Str. Olari 15, Bucureşti, IV Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. A. COSĂCESCU: *Asupra tratamentului chirurgical al reumatismului cronic diformant* . . . 125

Dr. DEM. TEODORESCU: *Accelerarea procesului de cicatrizare a plăgilor de război* 128

Dr. GABRIEL RUSSU şi Dr. MIHAI IUBU: *Tratamentul cefaleelor prin anestezia marelui nerv suboccipital al lui Arnold* 131

CRONICI

Dr. S. IRIMESCU: *Tuberculoza, cauză de distrugere de vieţi tinere şi de vieţi mari* 130

Pagina

Dr. M. NASTA: *Conferinţa şi demonstraţiunile Profesorului H. Holfelder* 130

Dr. P. VLAD: *O vizită la Serviciul Sanitar al Municipiului München* 132

CONSILIUL SUPERIOR SANITAR

Problema combaterii tuberculozei în discuţia Consiliului Sanitar Superior. 135

REVISTA CĂRŢEI

V. PAPILIAN şi C. C. VELLUDA: *Cercetări antropologice asupra moţilor dintre Arieşe, recenzie de Doctor Victor Preda* 134

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢII

Inspecţiile D-lui Ministru al Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale la Instituţiile sanitare din judeţele Ilfov şi Vlaşca; Rezultatele concursurilor de secundariat şi internat din Bucureşti 136

BIBLIOGRAFII

Ansführune und Beurteilung serologischer Untersuchungsverfahren, von Dr. med. *Hans Bludau*, Sturmbannführer und *Herta Burger*, Technische Assistentin. Heft 2, 19 pag. und 4 Bildern, verlag von Urban & Schwarzenberg — Berlin und Wien, 1942.

Vom Naturbeobachten zum Naturforschen, (Dela observarea naturii la cercetarea naturii) von Dr. August Heisler. 1 vol. 94 pag. *Hippokrates-Verlag Marquart & Cie*, Stuttgart. RM. 2,80 (cartonat).

CORTENIL
Preparat sintetic
de hormon al cortico-suprarenalei
Cutie cu 3 fiole a 1 cmc.
»Bayer« BAYER LEVERKUSEN
Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I.
Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S.A.R. — BUCUREȘTI I, STR. SF. IONICĂ, 8

PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

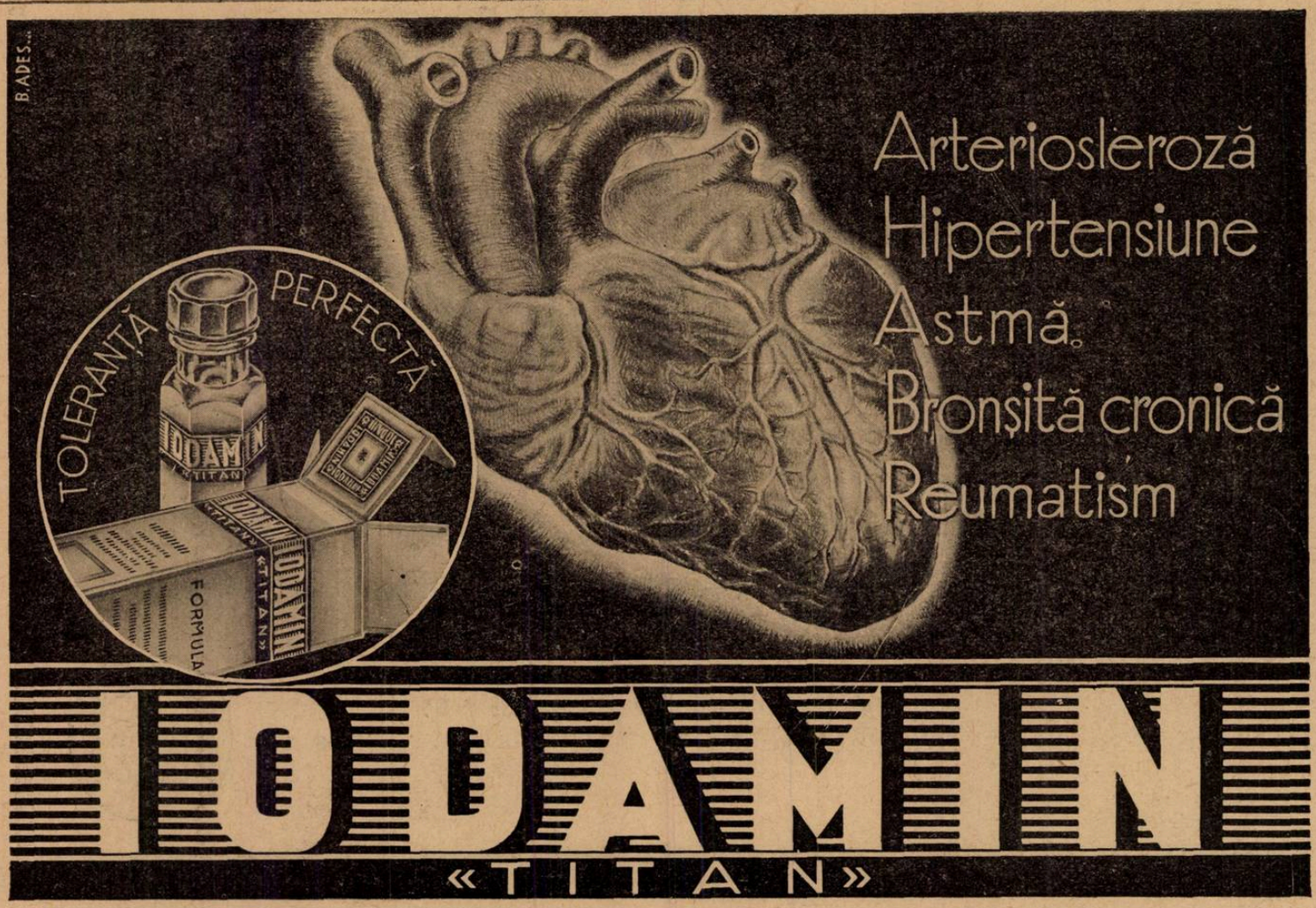
ANTISEPTIC, URINAR ȘI GENERAL

NEOHEXAL

în toate procesele infecțioase ale căilor urinare,
precum și în gripe și răceli

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



IODAMIN

«TITAN»

FIOLE PICĂTURI

Repr. generală pentru România: «S. I. F.» s. a. r. Avram Iancu 32, București IV. Tel. 5 51.51

ABASIN

Sedativ diurn

Absolut inofensiv. Calmează prompt fără a influența facultățile psihice și fizice.

Tuburi cu 10 și 20 tablete de 0,25 g.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: „Romigefa" S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53; Telefon: 3-92-86.

Anul XX No. 9 15 Lei Exemplarul 1 Mai 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Asupra tratamentului chirurgical al reumatismului cronic diformant

de Dr. A. COSĂCESCU

Terapeutica medicală dispune de un foarte mare număr de mijloace şi medicamente pentru tratamentul reumatismului cronic cu diferitele lui forme. Un tratament ortopedic asociat celui medical poate fi indicat pentru a evita atitudini vicioase şi a ameliora unele artrite cronice.

Cu toată această abundenţă de medicamente, agenţi fizici, crenoterapie (şi desigur abundenţa lor arată tocmai acţiunea lor nesigură) unele artrite rămân total sau aproape total rebele acestor mijloace, şi pentru acestea chestiunea unei intervenţii chirurgicale se poate pune. Raţiunea acestei chirurgii o găsesc chiar medicii internişti, specialişti ai reumatismului cronic.

Ocupându-se de Coxartrie, de exemplu, *Coste* şi *Aubert*, specialişti ai reumatismului cronic, găsesc că o parte din aceste cazuri — aproximativ un sfert — revin chirurgiei. După ce trec în revistă diferitele tratamente medicale, ei ajung la concluzia că după doi ani de încercări, medicul trebuie să se arate hotărât şi precoce intervenţionist. (Pr. Med. 1939).

Chestiunea tratamentului chirurgical al artritelor deformante ale soldului a fost obiectul unui raport la Congresul francez de chirurgie din 1932. La noi s'a publicat mai rar cazuri de chirurgie a reumatismului, de către Prof. *Iacobovici*, *St. Popescu*, *Frâncu* şi *Chipail* etc.

Vom schiţa în articolul de faţă câteva observaţiuni cu rezultatele pe care le-am obţinut prin intervenţii chirurgicale în diferite forme ale reumatismului cronic.

In două din cazurile noastre se putea bănui o etiologie infecţioasă (gonococi şi sifilis); în altul cauza era evident traumatică; în toate celelalte cazuri etiologia era destul de obscură, distrofică (endocriniană) ca în cea mai mare parte din reumatismele cronice.

PARATIROIDECTOMIA am practicat-o la 5 bolnavi din care 4 cu reumatism vertebral anchilozant de tip spondiloză rhizomelică şi 1 cu reumatism poliarticular deformant (Obs. V). Operaţiunea executată sub anestezie locală, ne a arătat la explorarea regiunei, corpusculii normali în toate cazurile; ea a fost complectată cu excereza unui singur sau a doi corpusculi, sau a unui corpuscul în asociaţie cu denudarea buchetului arterial tiroidian inferior de partea opusă. Controlul histologic peroperator a confirmat că corpusculul ridicat era glandula şi întotdeauna a arătat o structură normală.

Operaţiunea de descoperire a paratiroidei poate fi câteodată laborioasă din cauza poziţiei de flexiune fixă a gâtului ca în obs. III.

Doi din cei 5 bolnavi aveau calcemia mai ridicată decât normal, până la 0,144 (Obs. II), 0,114 la mie (Obs. V); la toţi ceilalţi bolnavi calcemia era normală.

Pe 5 operaţi, am obţinut un singur *rezultat excelent şi durabil* (Obs. I): durerile s'au ameliorat din primele zile şi ameliorarea a progresat în timpul celor 8 luni de observaţie. Notăm la acest bolnav existenţa unui sifilis în antecedente şi asociaţia unui tratament antisifilitic după operaţie. Alţi 3 bolnavi, cu reumatism vertebral, au avut *ameliorări mici sau trecătoare;* la unul din aceştia observaţia prelungită timp de un an şi jumătate arată *numai că boala nu a progresat.* Ca fapt interesant notăm — confirmând constatări mai vechi ale altor chirurgi că rezultatul paratiroidectomiei *nu este totdeauna în raport cu excesul calcemiei* şi deci procentul calciului sanguin nu poate constitui singur o indicaţie de paratiroidectomie; cel mai bun rezultat l-am avut la un bolnav cu calcemia normală şi rezultate slabe la cei 2 bolnavi cu calcemii ridicate.

Notăm deasemenea că *cel mai bun rezultat* l-am obţinut la bolnavul la care *spondilita era de dată mai recentă*, mai puţin evoluată şi clinic şi radiologic.

Pentru reumatismul poliarticular cronic, rezultatul, după paratiroidectomie, a fost puţin evident, deşi calcemia înainte de operaţie era ridicată la această bolnavă cu starea generală rea, paratiroidectomia a provocat *o tetanie uşor de jugulat* prin calciu.

OBS. I. I. **Reumatism vertebral cronic ankilozant.** Bărbat 29 ani. Nimic interesant în antecedente afară de o blenoragie tratată cu mai mulţi ani în urmă. Examenul uretral şi bacteriologic negativ în prezent. Afecţiunea datează de 3 ani fără legătură evidentă cu blenoragia; a început cu dureri intermitente în coloana vertebrală, dureri de scurtă durată de 2—3 zile, repetate la 2—3 săptămâni. La început aceste dureri erau suportabile şi nu împiedicau activitatea. Durerile vertebrale s'au agravat în ultimul an când a apărut şi gibozitatea; în ultima lună durerile au devenit şi mai vii şi rigiditatea coloanei din ce în ce mai accentuată.

Starea prezentă. Cifoză mare regulată interesând aproape toată coloana; capul şi gâtul în atitudine fixă înainte; lordoza lombară normală, dispărută. Rigiditatea a întregei coloane; încercările de îndreptare sunt dureroase; dureri spontane iradiate în coapsa dreaptă. Mişcările articulaţiilor scapulo-humerale limitate şi dureroase; bolnavul schiţează slabe mişcări de abducţie ale braţelor, oprite repede de dureri. Starea generală mulţumitoare. Nimic patologic din partea aparatului respirator, circulator, renal.

Sânge: Calcemia 0.092‰, fosfaţi 0.045‰; fosfataze 2.4‰. Reacţia Wassermann pozitivă.

Radiologic: Uşoară osteoporoză vertebrală cu întărirea umbrei osoase pe părţile laterale ale vertebrelor şi discurilor.

Operaţie: 9.VIII.940. *Paratiroidectomie inferioară* stg. şi simpatectomia buchetului arterial tiroidian inferior drept, sub anestezie locală, după controlul paratiroidelor care nu arată nici o hipertrofie a glandulelor. Paratiroida inferioară stg. extirpată este de volum şi aparenţă normală. (Control histologic peroperator).

Rezultat excelent: Ameliorarea începe îndată, din seara zilei de operaţie şi se continuă în zilele următoare sub forma de uşurare a durerilor şi rigidităţii; uşoare mişcări de extenzie şi lateralitate sunt posibile la nivelul coloanei lombare mai ales în mişcările de abducţie ale braţelor sunt mai libere.

Ameliorarea progresează; revăzut după mai bine de 3 luni bolnavul are mişcări mai libere ale capului şi regiunii lombare şi aproape complete la scapulo-humerale.

Control după 8 luni: bolnavul şi-a reluat activitatea; mişcările scapulo-hume-

rale bune, ale coloanei mai întinse, ca înainte de operaţie; cifoza persistă.

OBS. II V. V. **Spondiloză rhizomelică. Paratiroidectomie.** Bărbat 54 ani. Rigiditate cu cifoză a coloanei vertebrale din regiunea cervicală până la lombe. Articulaţiile coxo-femurale, mai ales cea dreaptă, au mişcările reduse şi atitudine de uşoară flexiune; cracmente articulare. Articulaţiile scapulo-humerale au mişcările parţial reduse şi dureroase.

Afecţiunea a debutat cu dureri vagi acum 20 de ani, s'a agravat progresiv, cu 2 incidente mai grave din care unul acum un an şi 2 luni a imobilizat bolnavul în pat, timp de 3 luni.

In antecedente: tifos exantematic, amigdalite repetate, fără legătură evidentă cu afecţiunea articulară.

La examenul general şi visceral nimic important afară de o uşoară hipertensiune Mx. 16½ Mn. 10.

Sânge: Reacţia Wassermann negativă — Calcemie 0,144‰; Fosforemia 0.028‰.

Radiografia arată vertebrele mai clare ca normal, cu bande opace în lungul ligamentelor vertebrale şi osificare periferică a discurilor intervertebrale. Osteofitele lipsesc.

Operaţia 29 Maiu 1939. *Paratiroidectomie dreaptă*: se extirpă 2 corpusculi de aparenţă normală; controlul la stânga nu arată paratiroidele stângi mărite.

Calcemia controlată a 7-a zi după paratiroidectomie este scăzută la 0,106.

Rezultat post operator nul; rezultat tardiv, comunicat prin corespondenţă, nul.

OBS. III C. C. **Spondiloză rhizomelică.** Bărbat 31 ani. Ankiloza totală vertebrală, interesând regiunea cervicală şi dorsală cu cifoză foarte pronunţată, evoluând de 4 ani. Dureri şi limitarea mişcărilor în articulaţiile scapulo-humerale.

Starea generală bună.

Sânge: Calcemie 0,098‰ Fosforemie 0,047‰ Fosfataze 7,2‰ Reacţia Wassermann şi Meinicke negativă.

Operaţia 24 Iunie 1940. *Paratiroidectomie stângă inferioară* (control histologic peroperator) La *dreapta dilacerarea ţesutului celular în jurul buchetului arterial tiroidian* inferior, fără extirparea corpusculului. Operaţie laborioasă din cauza flexiunei rigide a gâtului.

După paratiroidectomie scădere a calciului sanguin la 0,042‰.

Rezultat imediat şi după un an şi jumătate aproape nul; constatăm numai că afecţiunea nu a mai progresat.

OBS. IV U. I. **Reumatism vertebral ankilozant.** Femee 50 ani. Ankiloza coloanei vertebrale dorso-lombare cu cifoză accentuată de curbura mare. O mobilitate vertebrală redusă, este păstrată numai în regiunea cervicală. Flexiunea mare a coapselor pe basin; mişcările de extensie, abducţie şi rotaţie ale şoldurilor sunt reduse, aproape dispărute. Flexiunea activă şi pasivă a coapselor exagerată. In picioare, bolnava stă frântă cu toracele aproape în unghiu drept pe membrele inferioare. Starea generală precară; nimic particular visceral. Manie depresivă.

Sânge: Reacţia Wassermann şi Meinicke — negative; Calcemia 0.10‰ Fosfor — 0,041‰. După operaţie, calcemia — 0,106‰; Fosfor — 0,037‰.

Radiografia, în poziţie uşor oblică din cauza cifozei, arată o osteoporoză vertebrală, cu o opacificare intensă a ligamentului vertebral anterior sub forma de bandă lată intensă pe toată lungimea coloanei dorso-lombare. Absenţa osteofitelor.

Operaţie: 7 Octombrie 1939. **Paratiroidectomie inferioară** stângă (control histologic); simpatectomie şi secţiunea buchetului arterial tiroidian inferior drept Inspecţia operatorie a paratiroidelor nu arată nimic anormal.

Rezultatul post operator: ameliorare uşoară a durerilor în zilele următoare; bolnava face pe jos drumul până la spitalul Socola.

OBS. V. M. **Reumatism deformant poliarticular.** Femee 66 ani. Ambii genunchi şi articulaţiile tibio-tarsiene deformate, cu poziţie vicioasă de flexiune a genunchilor, cu mişcările active şi pasive foarte reduse. La mâini deformaţia şi înţepeneala articulaţiilor mici dela degete. Dureri spontane şi mai ales dureri vii în încercările de mobilizare a articulaţiilor deformate. Boala datează de 3 ani cu agravare în ultimele luni.

In antecedente: tifus exantematic, pelagră, malarie.

Starea generală precară; nimic visceral.

Sânge: Reacţia Wassermann şi Meinicke — negativă. Calcemia — 0,114‰; Fosfor — 0,029‰;

Operaţie: 19 Decembrie 1941. **Paratiroidectomie**—exerează 2 corpusculi stângi de aparenţă normală. (Control histologic) Cercetarea celorlalţi corpusculi în dreapta nu arată nimic anormal macroscopic. După operaţie bolnava prezintă fenomene uşoare de tetanie cu Chwostek şi Trousseau pozitiv, şi un trismus care cedează uşor după injecţiuni cu calciu.

Rezultat post operator: nul în timpul de observaţie scurt de o lună. Bolnava pleacă la spitalul Socola de unde ne-a fost trimeasă. Decedează în Ianuarie cu fenomene de edem cerebral; a prezentat şi la Socola fenomene de tetanie.

RESECŢIA MODELANTĂ a şoldului, după procedeul Witham. Mathieu, am practicat-o o singură dată pentru o monoartrită deformantă a şoldului. In esenţă, operaţia consistă în artrotomia şoldului, secţiunea trochanterului, rezecţia capului femoral deformat şi introducerea bontului de gât femoral în cavitatea cotiloidă; fixarea trochanterului mai jos pe diafiză favorizează menţinerea restului de gât femoral în contact cu escavaţia cotiloidiană şi acţiunea fesierilor, al căror rol în statică e bine cunoscut.

Este o operaţie destul de traumatizantă, care nu poate fi indicată decât la bolnavii netrataţi, cu starea generală şi rezistenţa organică bună.

Rezultatul obţinut (Obs. VI) este foarte mulţumitor şi durabil din punct de vedere al dispariţiei durerilor şi al mersului, deşi persistă o limitare a mişcărilor. Bolnavul foarte mulţumit de rezultat, ne-a trimis pentru operaţie un alt bolnav.

Intr'un al doilea caz de artrită cronică metatarso falangiană a primului deget dela piciorul drept, o hemirezecţie, ridicând extremitatea posterioară a falangei, ne a dat un rezultat foarte mulţumitor, la o colegă doctor.

OBS. VI. C. P. **Artrită cronică deformantă a şoldului stâng.** Bărbat 55 ani. Înţepeneala articulaţiei coxo-femurale drepte cu atitudine vicioasă a coapsei în adducţie şi flexiune şi proeminenţa trochanterului. Dureri spontane şi dureri provocate de încercările de mobilizare activă şi pasivă; mersul foarte dificil şi şchiopătat. Atrofie uşoară musculară a membrului inferior stâng.

In antecedente: malaria; adenopatie submaxilară tuberculoasă operată în copilărie; blenoragie şi un sifilis bine tratat cu 10 ani în urmă. Durerile articulare au debutat cu 5 ani în urmă şi s'a agravat progresiv cu tot tratamentul medical.

Operaţie: 10 Ianuarie 1939. **Rezecţia modelată a capului femural** şi fixarea, jos pe diafiză, a trochanterului (Withman Matheiu) lăsând pe loc osteofitele sprincenei cotiloide. La operaţie capul femoral apare deformat şi cu cartilagiul articular aproape dispărut; cartilagiul cavităţii cotiloide deasemenea alterat.

Rezultat: Incepe mobilizarea după 20 de zile dela operaţie, părăseşte serviciul, 26 zile după operaţie, mult ameliorat. Revăzut după mai mult de 1 an foarte ameliorat: durerile au dispărut; poate face curse lungi. Mişcările active şi pasive ale şoldului au rămas reduse, dar nedureroase.

(ANKILOZĂ)OPERATORIE ne a dat 2 rezultate mulţumitoare în cele 2 cazuri de *lombartrie* în care am executat o. In primul din aceste cazuri am putut verifica rezultatul timp foarte îndelungat.

OBS. VII. O. A. Lombartia Léri. Bărbat 26 ani. Rigiditatea coloanei lombare cu dureri vii şi mers dificil; trunchiul aplecat înainte. Afecţiunea evoluează de aproape un an.

OCTINUM

Corp cu unitate chimică - Nealcaloid.

Spasmolitic nou cu un dublu mod de acțiune:

Suprimarea spasmelor:

1) prin relaxarea directă a fibrei musculare netede;

2) prin excitarea simpaticului compensând astfel toate stările de hipermotilitate și hipersecreție datorite hiperexcitabilității parasimpaticului, în domeniul tubului digestiv și al celorlalte organe vegetative, fără a produce paralizia sistemului cholinergic (contrar atropinei!).

In doze mari are o acțiune excitantă centrală — deci nu e narcotic!

Dragee Fiole Lichid Supozitorii

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, București 3.

SANEDRINE

Efedrină levógiră

TERAPEUTICĂ ANTIALERGICĂ

ASTM
RINITE SPASMODICE
BRONŞITE CRONICE

URTICARIE
PRURIT, MIGRENELE
HEPATO-BILIARILOR

PREVENIREA ACCIDENTELOR SERICE
HIPOTENSIUNE POST-OPERATORIE
ASTENII POST-INFECŢIOASE

Comprimate de 0,025 gr.

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS

Propagande medicale: «SPECIA» Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

Radiologie: osteofite şi puţini vertebrale mai ales la nivelul ultimelor vertebre III—V lombare.

Operaţie: osteo sinteză vertebrală cu grefon costal fragmentat.

Rezultat post operator — după imobilizare mai îndelungată, durerile au dispărut, bolnavul merge cu uşurinţă, face curse lungi fără durere; profesiunea de cismar îl obligă să stea mult timp pe scaunul lui, fără durere lombară. Control al rezultatului operator timp de 13 ani.

OBS. VIII. D. D. Lombartria Léri — Osteo sinteză vertebrală lombară. Femee 46 ani. Rigiditate şi dureri ale segmentului vertebral lombar; iradiaţii dureroase în fesa şi coapsa stângă. Bolnava pune durerile în legătură cu o cădere pe care a suferit-o cu 2 luni înainte dar radiografia arată un proces mai vechiu de Spondilită pe care traumatismul l-a pus în evidenţă.

Radiografie. Ultimele vertebre dorsale normale; vertebrele lombare răsbuzate cu forme de diabolo; numeroase osteofite şi tendinţă la punţi intervertebrale lombare.

Operaţia 22 Ianuarie 1940. Dedublarea apofizelor spinoase a ultimelor 4 vertebre lombare şi aşezarea jumătăţilor spinoase despicate şi despărţite, perpendicular pe celelalte jumătăţi spinoase lăsate pe loc. Imobilizare de scurtă durată.

Rezultat: Am revăzut după 3 luni bolnava, care şi-a reluat ocupaţia. Durerile sunt aproape dispărute; ameliorare mare

* * *

FORAJUL OSOS. Tunelizarea epifizelor, cu introducerea unui grefon osos, a fost propusă şi executată în artritele cronice de *Aimes* şi *Reynes*, apoi de *Duvernay* şi *Clérot*, *Aubert*, plecând de la constatarea efectelor antologice ale operaţiei lui Robetson — Lavalle în tuberculosa articulară.

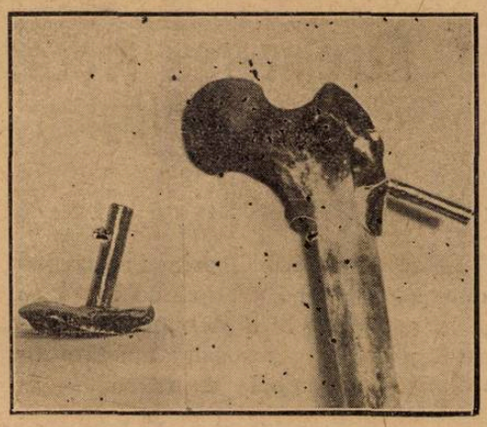
Rezultatele mulţumitoare se pot explica prin modificarea pe care traumatismul trabecular o provoacă în circulaţia locală în stare de hiperemie pasivă sau în stază. Mecanismul operaţiunei ar fi deci simpatic local, în sensul concepţiei lui *Leriche*. Simpla tunelizare pare a avea aceleaşi efecte ca şi inplantaţia unui fragment osos şi unii operatori au renunţat la adăogarea unui grefon.

Operaţiunea este foarte simplă, se poate executa sub anestezie locală, poate fi indicată şi pentru bolnavi obosiţi, debili.

Operaţiunea nu este prea răspândită şi des practicată; rezultatele ei nu sunt încă bine cunoscute şi nu par a fi constante.

Noi am aplicat-o la 3 bolnave cu reumatism cronic. Ca technică am practicat numai tunelizarea fără grefon, după anestezia locală, incizie mică şi denudarea restrânsă a vasului. In general nu ne-am mulţumit numai cu o tunelizare simplă regulată, ci printr'un orificiu unic mic de trepanaţie al corticalei, cu freza introdusă în direcţiuni diferite, sau cu o lingură mică Volkman, am lărgit câmpul cu rupere al trabeculelor în interiorul epifizei. Tot materialul osos rezultat din ruperea trabeculelor l-am lăsat pe loc.

Pentru tunelizarea şoldului, unghiurile normale de inclinaţie şi declinaţie ale gâtului femoral, pun o problemă de technică mai delicată, aceia a direcţiunei de dat perforatorului, care trebue să lucreze exclusiv în interiorul gâtului femoral fără să perforeze corticala lui. S'au dat diferite technici de reperare. Noi întrebuinţăm o scoică construită în serviciu, modelată după trochanter şi extremitatea diafizei



(Fig. I); aplicată pe faţa externă a trochanterului şi a diafizei vecine după desgolirea osului, tubul dă locul de atac al corticalei şi direcţia burghiului, care trebue introdus cu coarba de mână, nu cu motorul. Manevra cu mâna dă mai limpede senzaţia de progresiune în ţesutul trabecular puţin rezistent, decât freza electrică.

OBS. IX. F. N. Reumatism cronic deformant. Femee 57 ani. Boala a început cu 20 ani înainte sub forma de dureri reeumatismale, care s'au accentuat progresiv; în ultimul an durerile s'au agravat, articulaţiile s'au deformat. A făcut tratament medical în Clinica medicală şi la Socola. In prezent articulaţiile cele mai deformate, dureroase şi cu mişcări reduse sunt: genunchii, articulaţiile metacarpo-falangiene la ambele mâini. Dureri spontane şi mai ales dureri provocate de mişcările active şi pasive; bolnava merge cu mare greutate, se târâe. Examenul general nu arată nimic deosebit de important.

Sânge: Reacţia Wassermann şi Meinicke negative; **calciul sanguin scăzut 0,07‰**.

Radiografie: Genunchiul drept arată o osteoporoză cu ştergerea aproape completă a trabeculelor osoase, subţierea corticalei şi neregularitate a conturului osos femural, tibial şi mai ales rotulian.

Operaţie: 27 Noembrie 1940 Foraj al extremităţilor osoase femurale şi tibiale la ambii genunchi — fără grefă.

Rezultat: Ameliorare imediată; durerile se atenuiază, mişcările şi mersul se ameliorează progresiv; bolnava poate merge cu uşurinţă în Ianuarie, când părăseşte serviciul. **Revăzută** după 1 an şi 5 luni, mişcările genunchilor operaţiei sunt normale, nedureroase. Bolnava se plânge de dureri în şold şi în articulaţiile metacarpo-falangiene pentru care cere operaţie.

OBS. X I. O. Reumatism cronic deformant. Femee 55 ani. Ne este trimisă dintr'un serviciu medical unde a făcut un tratament medical fără rezultat, pentru artrita deformantă a genunchilor — a celui stâng mai ales. Starea nervoasă cu depresiune mare.

Radiografie: Osteoporoză pronunţată; corticala osoasă ştearsă — la ambele extremităţi osoase — femur şi tibia stângă. Interliniul articular diminuat şi feţele articulare zimţuite; tendinţă la producţie de osteofite. In interiorul extremităţii superioare tibiale arii neregulate de rezorbţie osoasă dau un aspect neomogen osului.

Operaţie: 29 Noembrie 1939. **Foraj osos** al extremităţii inferioare femorale şi superioare tibiale de partea stângă, sub anestezie locală. Corticala osoasă foarte subţire, ţesutul spongios foarte redus; burghiul pătrunde ca într'un ou.

Rezultat: **Ameliorare locală evidentă, care se menţine după 4 luni;** între timp se agravează starea celorlalte articulaţii, genunchiul drept, coate, articulaţiile metacarpo falangiene.

OBS XI A. A. Artrită cronică deformantă a şoldului stâng. Femee 58 ani. In antecedente o sarcină, tifos exantematic; menopauza la 40 ani. Afecţiunea a început cu 4 ani în urmă, cu dureri în regiunea inguinală stângă, dureri articulare, schiopătare după oboseală. De 2 ani dureri mai vii, continue chiar în repaos şi limitarea mişcărilor.

Starea prezentă: Mers greu, şchiopătând; rotaţie externă, alungire aparentă şi atrofie uşoară a musculaturei membrului inferior stâng. Limitarea mişcărilor active şi pasive a şoldului stâng; în special mişcările abducţie şi rotaţie internă a membrului sunt aproape total absente.

Radiografia arată o artrită deformantă a şoldului stâng cu deformaţia capului femural, diminuarea interlinului şi osteofite destul de abundente ale sprincenei cotiloidiene. Şoldul drept aproape normal.

Starea generală mediocră; nimic visceral.

Sânge: reacţia Wassermann negativă.

Operaţia I-a 22 Septembrie 1940. Foraj al trochanterului şi colului femural, fără grefă osoasă.

Rezultat post operator slab şi trecător — ameliorare uşoară; perzistă însă durerile şi dificultate la mers; presiunea la nivelul adductorilor este dureroasă. Durerile revin după 2 săptămâni.

Bolnava revine în Martie 1941 — 6 luni după operaţie — pentru dureri tot aşa de vii ca şi cele dinainte de operaţia primă. Local înţepeneala articulară perzistă.

Operaţia II-a 19 Martie 1941 — **Rezecţia nervului obturator** stâng.

Rezultat bun: durerile diminuă din primele zile şi aproape dispar după câteva zile. Bolnava dansează de bucurie în salon. La plecare din serviciu, după 10 zile durerile au dispărut aproape complect şi în repaos şi în mers; merge cu mare uşurinţă păstrând o uşoară şchiopătare. Amplitudinea mişcărilor articulare ale şoldului mai mare şi mişcările nedureroase.

OBS. XII P. A. Artrită cronică a şoldului drept consecutivă unei fracturi cotiloidiene, cu luxaţia intrapelviană a capului femural. Bărbat 66 ani. Traumatism în regiunea trochanteriană dreaptă cu 8 luni înainte de operaţie. Dureri şi impotenţă funcţională a şoldului s'au instalat progresiv după dispariţia fenomenelor acute postraumatice.

Starea prezentă: Din cauza durerilor, bolnavul merge în cârjă; mişcările active şi pasive ale şoldului drept reduse şi dureroase, în special abducţia. Se simt crepitaţiuni osoase articulare.

Radiografia: Capul femural neregulat şi zimţuit, pătruns parţial în pelvis şi înconjurat de un neocotil. Interliniul articular este neregulat şi neegal.

Operaţia: 29 Maiu 1941. **Rezecţia nervului obturator** la orificiul extern al canalului sub pubian.

Rezultat imediat: ameliorarea durerilor; mersul este încă dificil la plecarea din serviciu. Timp de observaţie scurt de 10 zile.

OBS. XIII St. T. Artrită cronică a ambelor articulaţii coxo femurale. Bărbat 60 ani. Atitudine de flexiune şi abducţie pronunţate a coapsei stângi. Mişcările active şi pasive dureroase şi imposibile; mersul foarte greu. In dreapta coapsei are mişcările reduse şi dureroase, dar mai întinse de cât în stânga.

Operaţie: 7 Martie 1942. **Rezecţia nervilor obturatori stâng şi drept** sub anestezie locală.

Rezultat imediat este evident; durerile se ameliorează şi se poate obţine flexiunea coapselor pe basin. Mersul mult ameliorat, începând de a 3-a zi; bolnavul circulă în spital toată ziua. Timp de observaţie scurt.

Rezumând această experienţă personală, am putea conchide că avem la îndemână, contra reumatismului cronic, un număr de intervenţiuni chirurgicale, care sunt capabile să aducă o ameliorare în cazurile rebele terapeuticei medicale.

Operaţia majoră — **rezecţia modelantă** sau artroplastică a şoldului — poate da rezultate excelente, suprimând durerile şi atitudinea vicioasă articulară; dar, destul de traumatizantă, ea este contraindicată la bolnavii vârstnici, la cel cu stare generală rea, sau cu leziuni viscerale. Rezecţia artroplastică poate lăsa limitări de mişcări şi acest risc contraindică operaţiunea bilaterală în artritele duble coxofemorale.

Paratiroidectomia poate da unele rezultate; din acestea multe sunt inconstante, de scurtă durată, dar alte rezultate, excelente şi durabile — de netăgăduit — pledează pentru ea. Nici un criteriu clinic sau de laborator nu permite o prejudecată asupra rezultatului ei.

Operaţiunile ankilozante sunt indicate numai în formele de reumatism monoarticular sau spondilite localizate.

Operaţiunile simple — minore — **tunelizarea osoasă, rezecţia nervului obturator** permit o lărgire a indicaţiilor operatorii şi la bolnavi taraţi, slăbiţi; întrebuinţate ca operaţiuni autonome sau ca intervenţii complimentare, ele pot da rezultate uneori neaşteptat de bune în ce priveşte durerile şi funcţia membrului.

Dintre operaţiunile propuse, singură paratiroidectomia ar putea pretinde, prin modificarea metabolismului, să amelioreze tot complexul care constitue reumatismul cronic, dar am văzut că rezultatele ei sunt aleatorii.

Dela nici una din operaţiuni nu putem aştepta o vindecare în sensul anatomic sau general biologic; ameliorarea clinică locală este tot ce putem obţine des şi acest rezultat este foarte apreciat de suferind.

Accelerarea procesului de cicatrizare a plăgilor de război*)

de Dr. DEM. TEODORESCU
Chirurg secundar al Spit. Colţea
Asistent Universitar

In actualul război, primele îngrijiri date răniţilor pe câmpul de luptă ca şi la ambulanţele divizionare, au excelat printr'o riguroasă aplicare a technicei chirugicale de război, — adaptată noilor arme şi metode de luptă, — bine pusă la punct în timpul din urmă şi difuzată prin importante lucrări şi publicaţiuni ale maeştrilor noştri.

Graţie acestor factori, soarta răniţilor noştri a fost din ce în ce mai bună, dela postul batalionar şi până la spitalele din zona interioară.

Sutura primitivă a plăgilor, nu s'a putut practica pe o scară mai întinsă, din cauza lipsei confortului chirurgical acolo unde răniţii puteau fi aduşi în primele 6 ore, sau invers.

Apoi, sutura primitivă necesită o supraveghere continuă şi o spitalizare pe loc, cel puţin 8—10 zile, lucru foarte rar posibil.

A rămas deci, ca tratament optim, numai debridarea largă şi excizia părţilor moi compromise, eschilectomii, extrageri de proectile şi drenajul larg.

Aceasta a făcut, ca la spitalele de zonă interioară să avem a trata în majoritate plăgi mari, întinse, atone, anfractuoase sau nu, şi a căror vindecare trenează şi în dauna răniţului şi în dauna spitalului, imobilizând prea mult un loc.

De aceea am căutat să întrebuinţăm toate mijloacelec cunoscute pentru a grăbi cicatrizarea acestor plăgi.

D-l Prof. *Iacobovici* recunoaşte tratamentului ca şi evoluţiei unei plăgi de război, 3 stadii bine distincte.

1) Stadiul plăgilor recente (6 ore);

2) Stadiul intermediar sau al infecţiunii plăgii;

3) Stadiul de granulaţie sau de epidermizare.

Pe noi ne interesează acest din urmă stadiu.

Tendinţa la cicatrizare a plăgilor întinse în acest stadiu este foarte lentă şi metodele obişnuite de pansamente zilnice nu ajută cu nimic. Ci din contră, căci în loc ca epidermizarea să progreseze, noi o împiedicăm. Ceeace natura reuşeşte să repare în mare, noi stricăm prin ridicarea pansamentului. Deasemenea pansamentele cu substanţe antiseptice nu ajută de loc procesul de refacere al ţesuturilor din cauza causticităţii lor. Prima condiţie a unui bun pansament în stadiul de epidermizare, este ca el să fie făcut cu substanţe cytofilactice şi kerotoplastice şi la intervale mari. Substanţele grase în general întrunesc toate condiţiunile acestui deziderat.

Uleiurile sunt primele care au intrat în terapeutica plăgilor şi a infecţiunilor pielii. Chiar din antichitate, când se aplica pe orice plagă uleiuri extrase din cedri sau enuperi, sau în Nord **untura de peşte**.

*) Lucrare făcută în Spitalul Z. I. 304 (Spit. Colţea). Medic şef Prof. Dr. *Hortolomei*.

In stări de extenuare, slăbiciune şi inapetenţă, precum şi în convalescenţă

TONICUM »Bayer«

Ameliorează tabloul sanguin, tonifică sistemul nervos, măreşte forţa vitală şi sporeşte pofta de mâncare.

Tonicul »Bayer« este luat cu plăcere de adulţi şi copii.

Flacon cu cca. 180 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanţa generală pentru România: »ROMIGEFA« S. A. R., Bucureşti, Str. Brezoianu Nr. 53

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

Paralel cu progresele ştiinţei, au început a se întrebuinţa pomezile, întâiu simple şi cărora mai apoi, li s'au încorporat o serie întreagă de substanţe, fie antiseptice şi cicatrizante, fie antimicrobiene, filtrate, vitamine, etc.

Aşa, din seria pomezilor antimicrobiene şi cicatrizante vom cita **Inotyol**-ul şi mai ales **Inosepta**, care sunt nişte pomezi cu antivirus preparate riguros după metoda Prof. *Besredka* şi conţin filtratul culturilor microbiene de streptococ, stafilococ şi pyocianic într'un excipient gras.

Acecolex-ul este o pomadă căreia i s'a încorporat acecolină, în cantitate de 2% ca factor cicatrizant şi o acetonă terpinică vecină cu camforul, dotată cu proprietăţi antimicrobiene (Pasteur — Academie de Méd. IV. 930) şi care respectă fragilitatea ţesuturilor, pe cale de cictrizare.

Pasta **Granugen** şi **Granugenol-ul**, cu indicaţii mai ales în plăgile anfractuoase şi încă în perioada de infecţie, sunt recomandate deasemenea ca cicatrizante. *Schultz* le recomandă mai ales în plăgile fracturilor deschise. *Kochmann* ca şi *Kraus* le prezintă ca pe nişte factori acceleratori ai epitelizării.

Pomada cu Pansterină a D-rului *C. Leonte* este deasemenea o pomadă cu proprietăţi antiseptice şi cicatrizante, graţie acidului aseptolic ce-l conţine.

In 1937, după lucrările lui *Orr* şi *Löhr* din Statele Unite, vitaminele capătă o importanţă covârşitoare în tratamentul plăgilor. *Löhr*, arată că la o serie de animale, cărora li s'au administrat vitamina A per os, plăgile s'au vindecat mai repede.

Bisceglie arată în vitro, că un adaos de vitamina A produce o regenerare rapidă a ţesuturilor, pe când lipsa vitaminei A duce la degenerare.

Drigalski, *Jusatz* şi alţii arată în concluzie că acţiunea intimă a vitaminei A este de a mări puterea de rezistenţă a ţesuturilor epiteliale din plagă.

Vitamina D complectează în plagă acţiunea vitaminei A şi stimulează procesul de cicatrizare prin formarea mai rapidă de granulaţiuni.

Ori, această fericită asociaţie de vit. A plus vit. D o găsim realizată în mod natural în untura de peşte.

Untura de peşte medicinală este întotdeauna sterilă şi are o marcată putere bactericidă. In aplicarea directă pe plăgi ea este superioară altor uleiuri — de vaselină, de camfor — graţie prezenţei în compoziţia ei a lecitinelor şi a acizilor, precum şi a substanţelor desodorizante şi desinfectante. Graţie acestor calităţi ea a fost adoptată şi în corporată în pomezi pentru tratamentul plăgilor în general.

Astfel *Löhr* întrebuinţează **Unguentolan**-ul pentru tratamentul plăgilor şi introduce metoda pansamentelor ocluzive sub aparat gipsat, schimbat la interval de 8—10 zile. *Orr* întrebuinţează aceeaş metodă dar cu oleu de vaselină. Metoda *Orr* şi *Löhr* a întrebuinţat o şi D-l Prof. Dr. *Iacobovici* în clinica D-sale dela Spit. Brâncovenesc şi la Spitalul de urgenţă, iar rezultatele satisfăcătoare ce le-a obţinut sunt consemnate într'o comunicare la Soc. Chir. Buc. (Şed. 3. IV. 1940) în colaborare cu *M. Constantinescu*, şi într'un alt articol *M. Constantinescu* în Rom. Med. II. 1939.

Karl Klinke din Hamburg prepară **Desitin-pasta** şi **Desitin-molle**, în compoziţia cărora intră untura de peşte. Este o bună pastă în tratamentul plăgilor în general şi mai ales în pansamentele rare.

Noi, în secţia de Ginecologie a Spit. Colţea devenit Spitalul Z. I. 304, am avut ocazia să întrebuinţăm pentru tratamentul plăgilor mari superficiale cu cicatrizare lentă, pe un număr re cca. 50 de cazuri pasta **Zenon**, pusă la dispoziţie de casa Dr. Wander S. A.

Am ales anume cazurile de plăgi întinse, cari nu mai supurau şi la cari procesul de cicatrizare era extrem de lent.

Cu Zenon am avut surprinderea să constat că numai după câteva pansamente, la intervale de cel puţin 3 zile, procesul de cicatrizare era aproape terminat la plăgile cari mai aveau traecte spre focarul de fractură, pe când cele simple superficiale, în stadiul de granulaţie, s'au vindecat.

Zenon-ul este o pastă de consistenţă moale cu coloraţiune gălbuie şi în a cărei compoziţie intră pe lângă untura de peşte, care se află într'o proporţie destul de mare, şi oleum Sesami Iodat, Balsam de Peru şi un corp desinfectant numit Bisteril.

Bisteril-ul este un complex desinfectant cu o putere mare bactericidă, nefiind de loc cytotoxic. Acest fapt ajută menţinerea sterilităţii plăgii. Puterea sa bactericidă este infinit mai mare decât a Carbol-ului, după cum a dovedit-o *Gozony* (Budapesta) în lucrările sale, şi este un desinfectant cytofilactic.

Oleum Sesami Iodat ca şi Balsamul Peruvian încorporaţi în Zenon au rolul de corpi graşi desodorizanţi.

Pentru a se da o consistenţă convenabilă Zenon-ului, i s'au mai adăugat apă distilată, oxid de zinc, lanolină şi vaselină în diverse proporţii, cari mai au şi rolul de a împiedica râncezirea unturii de peşte, asigurând astfel preparatului un miros agreabil.

Noi am întrebuinţat Zenon în clinică pentru tratamentul plăgilor superficiale cu cicatrizare lentă şi în 7 cazuri de escare sacrate la răniţi, în aparate gipsate sau imobilizaţi prea mult în decubit dorsal.

In special în aceste 7 cazuri de escare, rezultatul a fost surprinzător. Au fost suficiente 2 pansamente la interval de 3 zile pentru a obţine vindecarea lor complectă.

In ce priveşte rezultatele ce le-am obţinut în plăgile superficiale întinse, putem afirma că Zenon-ul este o pastă cu proprietăţi cicatrizante foarte puternice şi că aplicată în pansamente rare pe plăgi înmugurite, oricât de întinse, produce o rapidă şi frumoasă cicatrizare a lor, dispensându-ne total de grefele dermo-epidermice. In majoritatea cazurilor ne-au fost suficiente 4—5 pansamente cu Zenon pentru a obţine vindecarea.

Vom reda câteva observaţiuni din cele mai evidente, ale răniţilor trataţi cu pasta Zenon:

Obs 1. — M. M. rănit la Dalnic la 22 Septembrie 1941 este internat la noi la 9 Octombrie 1941. Prezintă: fractură deschisă a oaselor antebraţului în 1/3 sup. şi a humerusului în 1/3 inf. stg. cu plăgi mari superficiale în urma exciziilor făcute. După 4 pansamente cu Zenon la interval de 3 zile, plăgile superficiale sunt cicatrizate, rămânând doar traectul spre focarul de fractură.

Obs. 2. — B. I. rănit la 24 August 1941 la Dalnic, internat la noi la 27 August 1941. Prezintă: plăgi zdrobite prin schije în 1/3 inf. la ambele coapse După extragerea schijelor, pansamente antiseptice; apoi 3 pansamente cu Zenon vindecă complect plăgile mari superficiale.

Obs. 3. — St. I. Plagă în seton a braţului drept cu fractură cominutivă a humerusului drept. Plagă mare superficială. Cu 5 pansamente Zenon plaga se cicatrizează, rămânând doar traectul spre fractură.

Obs. 4. — Z. A. Plagă în seton 1/3 sup. a coapsei drepte fără fractură. Plaga superficială întinsă se vindecă după 5 pansamente cu Zenon.

Obs. 5. — N. V. Plăgi tangenţiale prin schije de obuz în regiunea temporo-maxilară dreaptă. Plăgile se vindecă după 5 pansamente cu Zenon, lăsând o cicatrice bună.

Obs. 6. — V. L. Plagă tangenţială, anfractuoasă cu pierdere mare de substanţă la nivelul gambei stângi în 1/3 mijlocie a feţei externe, cu fractura peroneului. După 4 pansamente cu Zenon, cicatrizare perfectă.

Obs. 7. — P. Gh. Fractură cominutivă

a ambelor oase ale antebraţului drept cu plagă superficială întinsă. După 4 pansamente cu Zenon plaga se vindecă.

Obs. 8. — P. I. Plagă în seton a articulaţiei scapulo-humerale stângi, cu plagă mare superficială. 6 pansamente cu Zenon aduc complecta vindecare.

Obs. 9. — St. S. Plagă tangenţială anfractuoasă a braţului stâng cu fractura humerusului în 1/3 inf. Cu 4 pansamente cu Zenon se obţine o rapidă şi perfectă cicatrizare.

Obs. 10. — P. P. Plagă tangenţială la nivelul 1/3 mijl. a feţei posterioare a gambei stângi cu pierdere mare de substanţă. Cu 6 pansamente cu Zenon se obţine o perfectă cicatrizare.

Ţinem să atragem atenţiunea că acest tratament l'am aplicat după tratamentul chirurgical propriu zis al plăgilor, şi numai după perioada de infecţie.

In concluzie, pasta **Zenon**, este pasta care ne-a dat cele mai frumoase şi rapide rezultate în comparaţie cu celelalte preparate similare, din punctul de vedere al evoluţiei procesului cicatrizării.

Această pastă trebuie să fie întrebuinţată numai la plăgile atone sau cu cicatrizare lentă şi numai după ce plăgile au trecut de perioada de infecţie.

Se întinde pe toată suprafaţa plăgii un strat de pastă şi nu se schimbă pansamentul decât la 3 zile, realizând astfel şi o apreciabilă economie de material.

Intrebuinţat în tratamentul escarelor, în numeroase cazuri, ne a dat rezultate surprinzătoare.

In afara pomezilor am încercat pe un număr de 6 cazuri împreună cu *Dr. D. Buzagiu*, o excitare a procesului de cicatrizare printr'un tratament hormonal. Am injectat extrase testiculare — preparate comerciale ale diverselor case — la răniţii trecuţi de 40 de ani şi la interval de 2 zile o fiolă. Plăgile rămân pansate cu substanţe grase. In 4 cazuri am avut rezultate foarte bune cu 4 injecţiuni, iar în 2 cazuri, cu acelaş număr de injecţiuni, am obţinut numai o ameliorare marcată.

Am găsit util să trecem în revistă această chestiune a cicatrizării plăgilor mari de război, pentrucă în stadiul actual, mai toate spitalele de zonă interioară sunt pline cu răniţi, cari nu aşteaptă decât cicatrizarea rănilor lor, pentru a părăsi spitalul.

Tuberculoza, cauză de distrugere de vieţi tinere şi de vieţi mari

de Dr. S. IRIMESCU

Tuberculoza e cea mai tipică din boalele pentru care măsuri de asistenţă socială se impun. Numai astfel acţiunea individuală a medicului este complectată. Când se recomandă unui tuberculos, ca bază a tratamentului o cură igieno-dietetică, odihnă, aeraţie, hrană îndestulătoare, bolnavul priveşte nedumerit pe medic. Ca să urmeze sfaturile date ar trebui să aibă un trai de belşug pe care nu-l are. Cum e de cele mai multe ori sărac, dacă s'ar conforma programului prescris ar muri de foame, înainte de a muri de boală, ne mai putându-şi agonisi traiul. Boala merge deaceia mai departe şi îşi complectează acţiunea de distrugere.

Instituţii de cură în număr îndestulător — avem foarte puţine, cel mult un pat la zece morţi anual de tuberculoză, pe când în alte ţări de reală cultură igienică şi sanitară s'a ajuns la un pat de fiecare deces — ca să se substitue curei la domiciliu, imposibil de aplicat e o îndatorire a comunităţii.

Boala a provenit din neajunsuri sociale şi e o datorie de solidaritate să fie căutată prin măsuri de asistenţă socială. Mor atâţia bolnavi care dacă ar fi fost căutaţi la timp ar fi putut să fie salvaţi. Şi nu e numai cantitatea dar şi calitatea. Dispar oameni tineri care ar fi putut încă desfăşura o lungă activitate. Cei vechi spuneau că atunci când moare un tânăr e că zeii îl iubeau prea mult şi voiau să-l aibă mai repede. între ei. Zeii ar putea renunţa la aceste preferinţe. Tinerii oricât ar fi de măguliţi de această dragoste, care este excesivă, ar fi putut să fie lăsaţi să trăiască pentru ei şi pentru ai lor, ca să nu-i scufunde, părăsindu-i, în jale şi disperare.

Printre ei sunt destui care după ce s'au manifestat cu mari însuşiri în felurite domenii de activitate dispar fără să fi dat toată măsura capacităţii lor. Dacă se cercetează biografia oamenilor mari se vede că mulţi din ei au murit înainte de vreme, seceraţi de tuberculoză. Intr'un tragic cortegiu defilează Molière, Chopin, Watteau, Schiler Samain, Laforgue, Bichat, Laennec, etc., etc. Lista e infinită de lungă până la acea mare scriitoare care a fost Katherine Mansfield dispărută în anii din urmă, moartă fulgerător într'o hemoptizie, după ce iubise viaţa cu frenezie, vibrând în toate fibrele sensibilităţii ei, simţindu-şi sfârşitul pe care nu-l mai putea evita. Sunt istoriografi care au restabilit biografiile oamenilor celebri, morţi de tuberculoză, în monografii, în pagini încinse într'un negru chenar.

Ne-am adus şi noi contribuţia dela acei voevozi Basarabi, din veacul al 14-lea, îngropaţi în zale, cu armuri de cavaleri, în biserica domnească dela Curtea de Argeş al căror diagnostic retrospectiv am contribuit să-l reconstitui într'o publicaţie mai veche, până la Cerna, Iulia Haşdeu, Panait Istrati, pentru a nu cita decât o mică parte din ei.

Sunt încă foarte mulţi cu jalnice necrologuri pe care gazetele le înserează între fapte diverse, cu ecouri slabe, deoarece acum moartea, în plin exerciţiu a devenit banală şi e momentul cel mai potrivit ca să treacă neobservată. Uitarea acoperă amintirea celor care în timpuri normale ar fi fost comemoraţi cu cuvinte de adânc şi meritat regret.

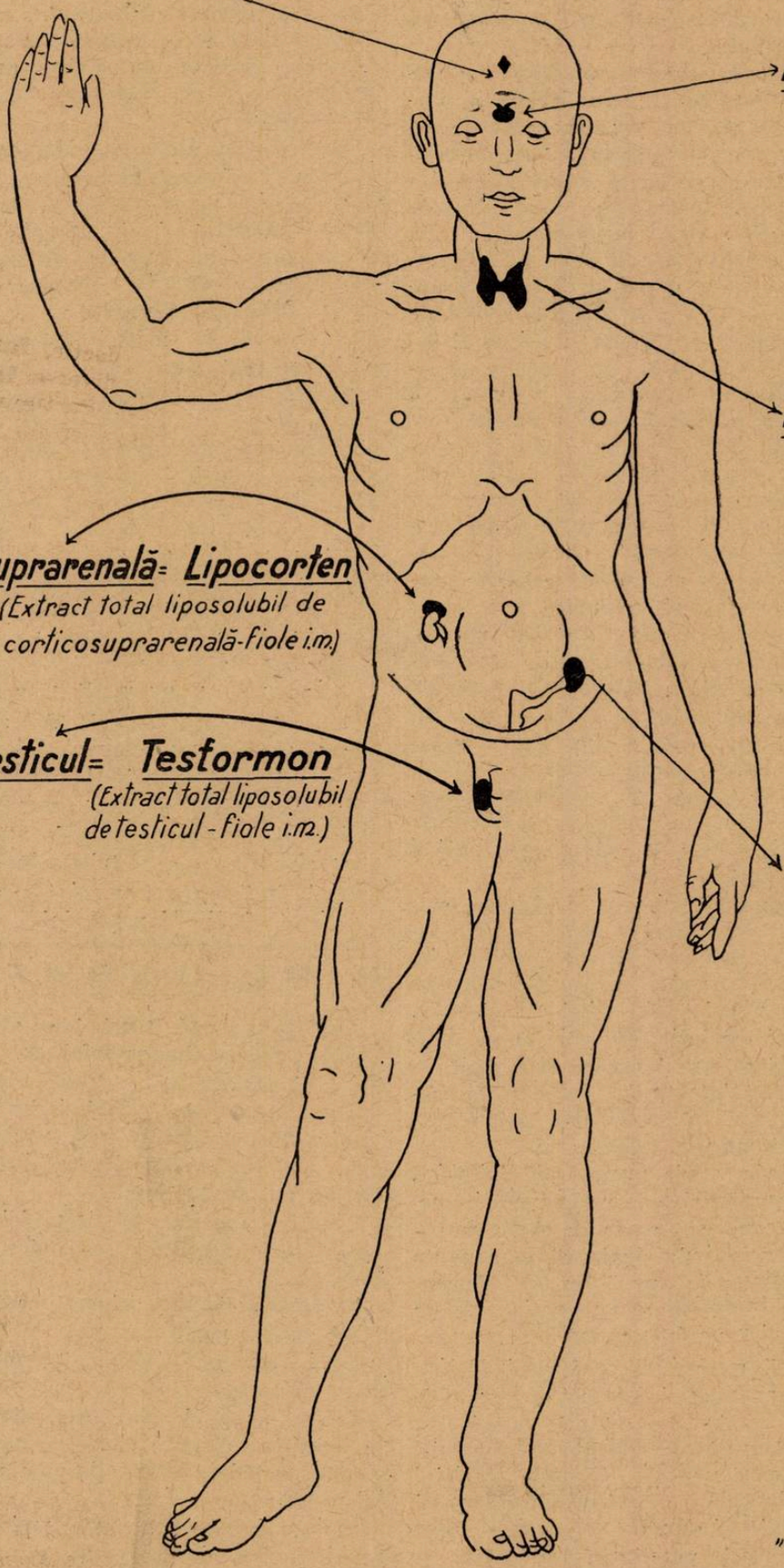
Nu sunt numai cei care aveau dreptul — râvna lor era justificată — să-şi înscrie numele pe răbojul istoriei care sunt sacrificaţi pe altarul tuberculozei.

Figuri graţioase de femei care şi-au avut faze de strălucire au rămas ca meteori care au brăzdat ca fulgere de lumină orizontul vremii lor, cu apariţii de sclipitoare splendori, dar au pierit repede lăsând o melancolică amintire în urma lor. Aşa este Simoneta din tabloul celebru, Primavera al lui Botticelli, pe care Iulian de Medicis, «pensieroso» din statuia lui Michel-Angelo din capela Medicisilor din Florenţa o iubea până la adoraţie şi-i urmărea boala, punând totul în joc, dar inutil, ca să o salveze. Pe acelaş plan funest şi sumbru apare Dama cu Camelii, Marguerite Gautier, Marie Duplessis, în viaţa reală, pe care Dumas a cunoscut-o, a iubit-o şi a trecut-o la nemurire, înconjurând-o de o fermecătoare aureolă de tragică tristeţe.

Tragedia mare e că pe lângă cei ce au lăsat o dâră în istorie, mare sau mică sunt mulţi care au rămas numai cu făgăduieli care erau mari şi mor fără să se ştie aproape nimic de ei.

Când vom organiza metodic şi sistematic lupta contra tuberculozei, vom smulge morţii multe din victimele ei. Vom permite astfel şi celor care purtau în ei mari nădejdi de viitor să le împlinească, spre cel mai mare avantagiu al comunităţii şi uneori prin oamenii mari în germene pentru cea mai mare glorie a neamului.

Epifiza = Epifizormon
(Extract total hidrosolubil de epifisă-fiole i.m.)



Hipofisă =
- **Stenopitan** (Extract total de ante si retrohipofisă dragele)
- **Prephysan S** (Hormon gonadotrop a 100u.-fiole i.m.)
- **Retrofizin** (Hormon ocitocic + myokinetic anti diurectic din retrohipofisă a 10u-fiole i.m. și pulbere priză)

Tiroidă = Thyreocrin
(Extract total de tiroidă-dragele)

Suprarenală = Lipocorten
(Extract total liposolubil de corticosuprarenală-fiole i.m.)

Testicul = Testormon
(Extract total liposolubil de testicul - fiole i.m.)

Ovar =
- **Lipogyn** (Extract total liposolubil de ovar fiole i.m. și dragele)
- **Crinofolin** (Hormon folicular - foliculina fiole i.m. 1000u. 5000u. 10.000u. și dragele 1000u.)
- **Calcifolin** (Gluconat de calciu 10% + hormon folicular 100u.-fiole i.m.) (Lactat de calciu 0gr. 50 + hormon folicular 50u.-dragele)
- **Menofolin** (Polibromur 0g. 20 + lactat calciu 0g. 30 + hormon folicular 250u.-dragele)

Produse endocrino-terapice
prezentate de:
Societatea cooperativă a medicilor
„Uzinele Sanitare Paulescu - Gerota - Sumuleanu"
Calea Griviței 67. - Tel. 4.98.08.

Conferința și demonstrațiunile profesorului H. Holfelder

de Dr. M. NASTA

Profesorul *Holfelder*, titularul catedrei de Radiologie dela Universitatea din Frankfurt a M. care a perfecționat și realizat adaptarea practică a metodei de microfotografie a imaginei radioscopice (Schirmbildphotographie) imaginată de ftisiologul brasilian *M. de Abreu*, se află de câtva timp în țară, unde cu autorizația domnului profesor *Tomescu*, Ministrul Sănătății, face o anchetă asupra tuberculozei, prin examinarea în serie a întregei populații, făcând parte din grupul etnic german.

După examinările făcute la Sibiu și Brașov, începând examinarea populației germane din București, profesorul *Holfelder* a ținut Duminică 20 Martie o conferință, urmată de o demonstrație practică, în localul școalei evanghelice, la care au fost invitați radiologii și ftiziologii din capitală.

«Principalul obstacol în combaterea tuberculozei, care face anual, mai multe victime decât, chiar războiul actual, constă în aceia că boala are o lungă perioadă de latență clinică, în care leziunile evoluiază fără simptome aparente; în consecință majoritatea bolnavilor sunt descoperiți când leziunile sunt deschise, când perspectivele de vindecare sunt reduse și când numărul celor contaminați de ei, este uneori, impresionant de mare.

Cum formele incipiente nu pot fi diagnosticate decât prin radiologie s'a văzut de mult necesitatea unei examinări periodice anuale a întregei populații. Radioscopia cu aparate mobile care a fost încercată, nu a putut rezolva problema, metoda nefiind destul de sensibilă și randamentul ei prea redus.

Prin metoda fotografiei pe film de un format redus a imaginei de pe ecran, fotografii care apoi sunt proiectate într'o mărire potrivită, s'au putut înlătura ambele inconveniente. Sensibilitatea e suficientă pentru a înregistra opacitățile de 0.5 mm, iar randamentul care permite efectuarea a 2-3000 de examene pe zi, când e vorba de armată chiar de 4000, e suficient pentru a putea examina în timp relativ scurt colectivitățile cele mai mari.

Prima examinare în massă a făcut-o în 1938, când la cei 10.000, de milițieni de elită a formațiilor S. S. adunați la Congresul partidului național socialist la Nuerenberg a descoperit un număr impresionant de tuberculoze deschise. In 1939 a examinat toată provincia Mecklemburg cu o populație de 5.000.000 de locuitori. Pentru viitor se prevede formarea a mai multor batalioane cu câte 40 de echipe care vor putea face 25.000.000 de examene pe an; cu 4 asemena batal oane se va putea examina populația de 100.000.000 a Reichului.

Cazurile astfel descoperite vor trebui internate, pentru izolare și tratament; pentru aceasta actualele sanatorii sunt insuficiente, o soluție imediată nu se poate obține decât prin internarea în instituții create ad hoc, în barăci. După experiența realizată pe o colectivitate de 50.000 de locuitori se va obține astfel în 2 ani o diminuare la 25% a numărului actual de tuberculoși. Oricât de mari ar fi sacrificiile necesare ele merită să fie făcute, căci tuberculoza reprezintă o scădere a vitalității și a puterei economice a națiunilor, atât de mare, încât, susține profesorul *Holfelder*, națiunea care va reuși să juguleze tuberculoza, va realiza prin aceasta, o prosperitate care-i va permite să rezolve cu ușurință toate celelalte probleme sociale și economice.

Pentru ca metoda să dea roadele sperate, trebuesc îndeplinite următoarele condițiuni: 1) execuția technică să fie ireproșabilă astfel ca nici un caz să nu scape, 2) rapiditatea execuției pentru a evita pierderea de timp celor examinați, 3) mobilitatea instalației care să se deplaseze la reședința colectivităților, 4) comunicarea rapidă a rezultatelor.

In ceea ce privește preciziunea metodei, condițiunile technice sunt de așa fel încât există mai curând riscul de a se vedea mai mult decât prea puțin, riscul acesta fiind cam de 10%. Trebuie amintit că prin aceste examinări se pot descoperi și o serie de afecțiuni latente de altă natură, cardiace, aortice, neoplasme pulmonare, uneori mamare, osoase etc.

Metoda, crede profesorul *Holfelder*, este susceptibilă de perfecționări, grație cărora se poate ca chiar pentru examenele individuale să se renunțe la radiografia pe film de format mare, înlocuind-o cu aceia atât de economică pe film redus».

După conferință profesorul *Holfelder* a proectat și demonstrat o serie de filme luate de echipele d-sale în cursul anchetelor făcute în România, precum și un film făcut la serviciul de tuberculoză a Institutului de seruri și vaccinuri «Dr. I. Cantacuzino», unde metoda este practicată din toamna anului trecut, făcându-se examinarea în serie a studenților, elevilor de școli primare și secundare, a corpului didactic, funcționarilor de stat și din diverse întreprinderi particulare etc.

Participanții au urmărit apoi, conduși de profesorul *Holfelder*, funcționarea echipei care se afla în plin lucru, iar după aceea profesorul *Holfelder* a vizitat serviciul de radiologie cu instalația de microradiofotografie care funcționează la Institutul «Dr. I. Cantacuzino» și pe aceia instalată de curând și care va începe zilele acestea activitatea, de la Casa de asigurări București.

După dorința Domnului Mareșal Antonescu, Profesorul Hollelder a procedat în ziua de 23 Aprilie la examinarea întregului efectiv al batalionului de gardă din Șoseaua Bonaparte. In prezența Domnului Profesor Tomescu, Ministrul Sănătății și a unui mare număr de medici radiologi și ftiziologi, echipa condusă de Profesorul Holfelder a început examinarea, care a decurs într'o ordine și cu o rapiditate impresionante. In cursul operațiunilor a sosit la cazarmă Domnul Mareșal Antonescu, care a ținut să urmărească personal mersul acestora, exprimându-și dorința ca în cel mai scurt timp metoda aceasta de depistare să fie generalizată pentru toată populația țărei, prin punerea în funcțiune a celor 3 aparate de acest fel, pe care Ministerul Sănătății le posedă, și care împreună cu cele 15 care au mai fost comandate vor putea constitui o puternică organizație de depistare, prima etapă a unui armament antituberculos eficace, atât de necesar țărei noastre, în care tuberculoza reprezintă încă o gravă amenințare a sănătății și vitalității poporului.

BIBLIOGRAFII

Ausführung und Beurteilung serologischer Untersuchungsverfahren, von Dr. med. *Hans Bludau*, Sturmannführer und *Hans Burger*, Technische Asistentin. Heft 2, 58 pag. und 4 Bildern, verlag von Urban & Schwarzenberg — Berlin und Wien, 1942.

Lucrarea cuprinde tehnicele detailate a tuturor analizelor serologice mai importante.

Se arată amănunțit tehnica reacțiilor Wassermann, Meinicke, etc., a reacțiilor de aglutinare curente, a stabilirii grupelor sanguine, etc.

Cartea, scrisă clar, urmărește să pună la îndemână chiar a medicilor nespecialiști, metodele curente de analize de laborator.

Se dau deasemenea toate metodele rapide pentru determinarea grupelor sanguine, a reacțiilor de aglutinare și a diagosticului sifilisului în picătură uscată (metoda lui Meinicke și Fischer).

SULFAMIDĂ CU TOLERANȚĂ OPTIMĂ

SULFORONIN

DR. WANDER

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree — Pneumonie — Meningită — Strepto — Stafilococie

Tuburi cu 24 tablete a 0,5 gr.

Tratamentul rațional în Hipertensiune

HYPONITIN

Dr. WANDER

DRAGEURI

Bromcalciumtheosan
Acid feniletilbarbituric
Rodanat de Sodiu
Chinină sulfurică

Hipotensiv și calmant

CISTITE **PIELITE**

VESTIN

Dr. WANDER

DRAGEURI FIOLE INJECTABILE PULBERE

Desinfectant intern al aparatului uro-genital pe bază de:
Fenilazodiaminopiridină.

Mostre și literatură trimite la cerere:

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice, București VI, Str. Cazărmei 89.

IODOTERAPIA PARANTERALA

IODALGIN

FIOLE

Conţine soluţie apoasă, incoloră - sterilă de Mono-Iod-Hexahydrro-pyrizină $C_4 H_{11} N_2 I$, în concentraţie de $10^0/_0$.

(Fiecare cmc. conţine 0,06 gr. Iod elementar, legat în mod chimic într'o moleculă organică)

Hipertensiune-Arteriosclerozã-Anghinã pectoralã-Bronşitã cronicã-Bolile circulaţiei şi vaselor.

Diatezã limfo-exudativã

Astm bronşial-Emfizem.

Sifilis secundar şi terţiar.

Eliberează în contact cu lichidele ţesuturilor

IOD ELEMENTAR ACTIV

Forma de prezentare: ambalaj original cutii cu 10 fiole a 3 c. c.

Laboratorul „A S F A R" Gh. Stoicescu
BUCUREŞTI

Strada Olari Nr. 11 Telefon 1.05.77—2.15.90

CINNOBIOL

INJECŢII

Cinamat de Benzil, Cholesterină, Eucaliptol, Guaiacol.

Imunizaţie artificială contra infecţiunilor bacilare, afecţiuni ginecologice (leziuni inflamatorii, ulceraţii produse de agenţi patogeni).

1—2 fiole intramusc. pe zi

ANTIASTHMATIC IFAR

SIROP

Iodură de codeină, Ephedrină, Cofeină, Tinct. Lobelia, Sirop de Thiocol şi de Belladona.

Indicat în astm bronchic, cardiac, tusa spasmodică, enfizem pulmonar, bronşite acute şi cronice, dispnea paroxistică, coriza spasmodică.

Mostre şi literatură Laboratorul „IFAR"
Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — Bucureşti IV
Telefon 5.67.48

Tratamentul cefaleelor prin anestezia marelui nerv suboccipital al lui Arnold

(Procedeul Prof. Dr. V. Papilian)

de Dr. GABRIEL RUSSU
Asistent
și
Dr. MIHAI IUBU
Preparator

Profesorul *Papilian* în colaborare cu unul din noi [1]) are în studiu circulația lichidului cefalo-rachidian și acțiunea nervilor suboccipitali ai lui Arnold asupra acestei circulațiuni. Cum rezultatele experimentale obținute la animale sunt încă susceptibile de interpretări diferite. Prof. *Papilian* s'a adresat clinicei pentru a obține anumite lămuriri, pe care laboratorul nu le putea prezenta.

In acest scop a ales ca material de studiu cefaleele, cari prezintă modificări vaso-motorii obligatorii. Impreună cu Dr. *A. Nana* au imaginat procedeul de a anestezia nervul mare suboccipital al lui Arnold în cazuri de cefalee.

Citâm punctele mai importante din lucrarea publicată:[2]) «Mecanismul cefaleelor nu este cunoscut. Se știe că substanța cerebrală, atât cea cenușie cât și cea albă, este insensibilă la diferite traumatisme operatorii (puncții, incizii). După unii autori, cefaleele ar fi datorite unor alterațiuni anatomice sau funcționale ale durei mater; după alții ale pieimater și plexurilor coroide.

Müller interpretând cercetările lui *Ph. Stöhr*, care a demonstrat existența unor aparate nervoase foarte numeroase în vasele piei mater și ale plexurilor coroide, crede că ele ar fi sensibile la augumentarea sau dimînuarea presiunei lichidului cefalo- rachidian.

Ținând seamă de aceste date anatomo-fiziologice am propus anestezierea nervilor suboccipitali în cazuri de cefalee.

S'a anesteziat nervul lui Arnold bilateral la 16 cazuri de cefalee. Cele mai multe au survenit după anestezie rachidiană; într'un caz era vorba de un abces cerebral în urma unei plăgi penetrante intracraniene, iar într'altul de o plagă a regiunei frontale cu schijă inclavată în osul frontal având o reacție a meningelor.

După injecția de novocaină *în toate cazurile* durerile au trecut după câteva minute. In două cazuri au revenit după 4—6 ore, însă prezentau o intensitate mai redusă. In toate celelalte cazuri bolnavii n'au mai acuzat nici o durere de cap după injecție». (*Papilian* și *Nana*).

Cunoscând rezultatele anterioare am încercat extinderea cadrului cercetărilor noastre. Se știe că în specialitatea *O. R. L.*, se prezintă nenumărate cazuri de cefalee, la care nu se poate evidenția nici o leziune organică, ce ar putea fi învinuită. Acești bolnavi colindă ani dearândul serviciile spitalicești și dferiții specialiști, fără a li se putea indica un tratament salvator.

Din această categorie de bolnavi, întâmplarea a făcut să fie internați în Clinica Oto-rino-laringologică din Cluj Sibiu un număr de patru bolnavi.

Technica anesteziei nervului lui Arnold a fost cea obișnuită:

Se pregătește regiunea ca pentru o puncție suboccipitală.

Locul injecției se găsește pe linia orizontală, care, unește vârful mastoidei cu linia mediană, într'un punct situat la mijlocul ei plus un centimetru înăuntru.

Injecția se face sub forma unui evantaiu cu baza la osul occipital, avându-se grijă să se facă depozite de novocaină în special sub mușchiul trapez, a cărui trecere cu acul siringii este foarte ușor de simțit.

Injecția propriu zisă se face în modul următor: se merge întâiu oblic în sus și înainte, până se simte osul occipital (pentru a evita eventualitatea înțepării arterei vertebrale sau a perforării membranei atlanto-occipitale); se retrage puțin acul și se injectează aproximativ 5 cmc., în mod retrograd (retrăgând acul), până se ajunge în țesutul celular subcutanat. Fără a scoate acul de tot, se reintroduce oblic înăuntru (către linia mediană). Afundarea acului în țesuturi se face după aceleași norme și aproximativ în aceeași adâncime. Se injectează și de data aceasta retrăgând acul până sub piele. Se revine a treia oară, împingând acul oblic înafară (orizontal). Ca și mai sus se injectează și de data aceasta (5 cmc. în medie).

In total s'a administrat deobiceiu 10—20 cmc. de fiecare parte din următoarea soluție:

Soluție sterilă de albastru de metilen 0,0005'90, la care se adaugă în momentul injecției o fiolă și trei sferturi (din altă fiolă) de novocaină 0.75/10.

Se crează astfel o soluție de novocaină cu o concentrație de 1, 2—1, 3%. Injecția se poate repeta la câteva zile interval.

Iată acum descrierea cazurilor noastre:

B. A. de 33 ani, căsătorită, are un copil de 4½ ani sănătos. Neagă orice maladie infecto-contagioasă sau venerică și avorturi.

De la pubertate prezintă menstruație dureroasă și cefalee exacerbată în timpul perioadelor menstruale.

Boala actuală datează de 6 ani, cu mici intermitențe.

A consultat o seamă de medici și i s'au prescris mereu calmante.

De 6 luni însă fenomenele s'au accentuat exasperant, sub forma unei hemicranii stângi continue, însoțită de grețuri.

Examenul clinic general ca și cel de specialitate (tensiune arterială, examenul urinei, examen radiologic, R. W., examenul lichidului cefalo-rachidian, explorarea buco-faringo-nasală, explorarea sinusurilor: anterioare și posterioare făcută în Clinica O.R.L. de către d. prof. Buzoianu) fiind complet negativ se anesteziază nervul lui Arnold cu 10 cmc soluție novocaină 1,3% de fiecare parte.

Imediat după injecție simte o ușoară ameteală, care cedează foarte repede Timp de două zile se simte în perfectă sănătate, pentru ca a 3-a zi să acuze ușoare arsuri în partea stângă a faringelui cu iradiațiuni dureroase spre regiunea auriculară stângă.

Bolnava se găsește încă sub observație.

M. S. T. de 36 ani, casnică, declară în antecedentele personale febră tifoidă la 12 ani, meningită (?) la 3½ ani. A avut doi copii dintre care unul a murit la vârsta de 3 ani.

Boala actuală durează de 4 ani și datează dela ultima maladie. A început sub formă de junghiuri frontale, ce se accentuau cu oboseala — înainte de masă simțindu-se mai bine.

De două luni fenomenele se agravează, având ameteli și insomnii. Consultă un medic pentru faptul că nu mai vedea bine și i'se prescriu picături în ochi.

Apoi se internează în serviciul nostru.

Examenul clinic general și de specialitate neprezentând nimic de remarcat, se procedează la anestezierea nervului mare suboccipital al lui Arnold, cu o cantitate de 15 cmc de fiecare parte.

Imediat după injecție bolnava este ametită și prezintă o ușoară lipotimie. A doua zi a declarat că avea impresia că îi umblă ceva în cap.

Cefaleea durează încă 12 ore, ca să cedeze brusc. Bolnava se simte foarte bine și cere să părăsească serviciul.

Este reținută două zile și i se indică să revină pentru control peste 15 zile.

1) Prof. *Papilian* și Dr. *I. G. Russu*. Mecanismul circulației lichidului cefalo-rachidian.

2. Prof Dr. *V. Papilian* și Dr. *A. Nana*. Un nou tratament al cefaleelor. Ardealul Medical, Nr. 5, 1942, Sibiu.

M. S. de 55 ani, funcţionar C.F.R. Părinţii morţi la vârsta de 70 ani. Au fost 5 fraţi dintre cari trăesc doi.

Neagă maladii infecto-contagioase şi venerice. A fost operat în 1930 pentru apendicită, în 1934 pentru ulcer stomacal, în 1937 a suferit de pneumonie.

Boala actuală durează din 1930, când a început cu dureri de cap difuze, care îi împăienjeneau ochii. S'a prezentat la consultaţiile Spitalului din Sighişoara, unde a fost tratat şi s'a simţit uşurat.

Durerile revin din ce în ce mai tare în 1936, când este internat în Clinica Psihiatrică din Cluj în stare de inconştienţă; după 8 zile îşi revine, are puternice dureri de cap şi ameţeli. Stă în tratament timp de una lună, Nu cunoaşte diagnosticul ce i s'a pus.

Ultima dată s'a simţit rău la 1.XII.1941, este internat la Spitalul C.F.R. Timişoara, de unde este îndreptat la noi.

Examenul clinic general şi de specialitate fiind complet negativ se face novocainizarea nervului suboccipital, cu 20 cmc de fiecare parte.

A doua zi bolnavul declară că în timpul nopţii durerile au continuat, dar dimineaţa parcă 'i-a luat junghiurile cu mâna şi i s'a ridicat de pe ochi un val». Este vesel, citeşte ziare.

Acest rezultat se menţine timp de 48 ore, când durerile revin şi ţin cu aceeaşi intensitate de mai înainte timp de 24 ore. Apoi se atenuează mult şi persistă astfel atenuate până azi — adică timp de 5 zile.

Bolnavul este menţinut în clinică pentru observaţii şi eventuale repetări ale anesteziei.

C. I. de 36 ani, muncitor agricol. La 4 ani pneumonie , despre altă maladie nu-şi aduce aminte. Tatăl mort în războiul trecut, mama sănătoasă, a avut 3 copii dintre cari doi au murit.

Boala actuală datează de 2 ani, a debutat insidios, cu dureri de cap, ce se accentuau în timpul muncii. Durerile îşi aveau sediul în regiunea occipitală.

Cu un an şi jumătate mai înainte a fost la spital pentru această boală. I s'au făcut 7 injecţii şi fenomenele s'au ameliorat. In ultimul timp însă durerile de cap au revenit şi s'au exacerbat în aşa mod încât îi este imposibil să muncească.

Examenul clinic general şi de specialitate negativ şi în acest caz, s'a făcut novocainizarea nervului lui Arnold cu 15 cmc de fiecare parte.

Bolnavul, după injecţie, s'a simţit uşor ameţit, dar la scurt timp durerile au dispărut complet.

Rezultatul a fost controlat timp de 24 ore, căci pacientul a insistat să părăsească clinica simţindu-se foarte bine. I s'a indicat să vină la control peste 15 zile.

Am expus datele clinice culese la bolnavi. Consolidarea rezultatelor bune însă rămâne chestiune de timp, pe care ne propunem s'o urmărim; ca şi alte cazuri noi.

In orice caz un lucru rămâne indiscutabil, este acţiunea uşurătoare, pe care o are anestezierea nervului suboccipital al lui Arnold în cefaleele de diferite origine, producând fie vindecări totale fie ameliorări evidente, în absolut toate cazurile încercate până acum.

Chiar dacă rezultatele obţinute ar fi temporare, având în vedere inocuitatea procedeului, care se poate repeta la nevoe de mai multe ori şi serviciul adus bolnavului, vedem în faptul de a face să înceteze durerea un prea mare bine, pentru a renunţa la el.

Explicaţia fenomenului, incomplet elucidată până în prezent, formează obiectul cercetărilor de laborator, rândurile de faţă având doar caracterul unor note preliminare şi scopul de a îmbogăţi arsenalul terapeutic cu un nou mijloc de alinarea suferinţelor.

O vizită la Serviciul Sanitar al Municipiului München

de Dr. P. VLAD

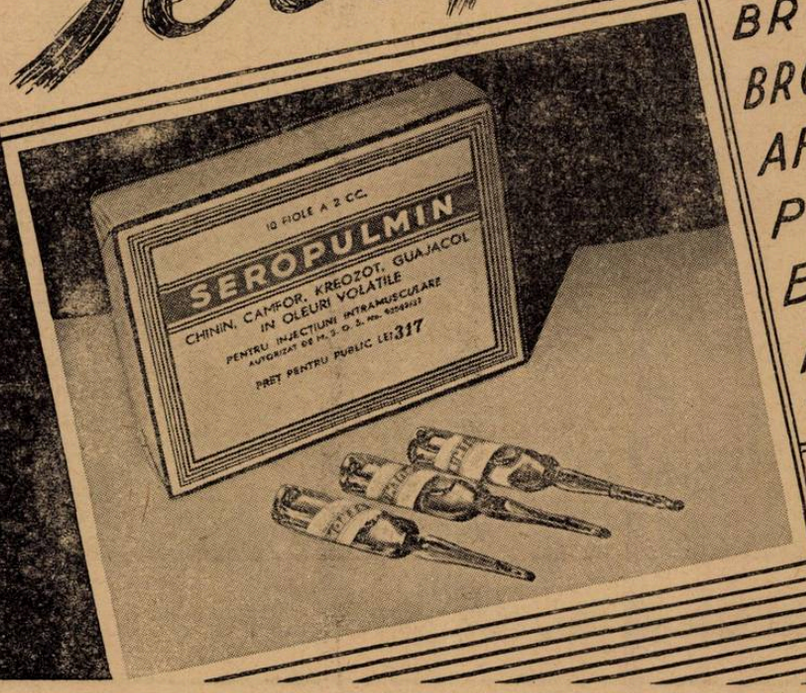
Având încredinţarea, din partea Institutului Central de Statistică, ca, împreună cu colegul Dr. Valentin Sava, să studiem în Germania organizarea birourilor de populaţie, ne-am servit de prilej pentru a face o vizită colegială la Serviciul Sanitar al oraşului München. Am considerat că este datoria noastră să nu trecem pe lângă acest serviciu, fără să-l vizităm, din două motive: întâi, am fi dorit să vedem tehnica de lucru a unui serviciu sanitar într'o ţară atât de civilizată, şi al doilea, am dorit să ne punem la curent cu rezultatele acţiunilor în materia atât de actuală a profilaxiei rasiale.

La serviciul sanitar am fost introduşi de d-l profesor *Burgdörfer*, conducătorul Institutului de Statistică al Bavariei. Domnia sa a fost anul trecut oaspele ţării noastre, fiind observator la recensământul din anul 1941. Legăturile înjghebate cu această ocaziune între Institutul nostru şi statistica Reichului, au căpătat o întărire prin acest contact personal. Ospitalitatea de care ne-am bucurat în capitala Bavariei a fost deosebit de caldă, de altcum în toată Germania am fost primiţi cu multă cordialitate. D-l profesor *Burgdörfer* a ţinut să ne însoţească personal la Serviciul Sanitar, unde am fost primiţi de d-l *Dr. Limmel*, medicul şef al oraşului München.

Dela început ne-a frapat clădirea impozantă, în care este aşezat Serviciul Sanitar: 5—6 etaje, în jurul unei curţi interioare. Construcţia este anume făcută pentru serviciu. Surprinzător a fost pentru noi, — învăţaţi cu îngrămădeala coridoarelor la toate serviciile publice din România, — împrejurarea că toate coridoarele erau goale de lume, cu toate că era înainte de masă, zi de lucru şi întreg personalul serviciului era în plină activitate. Interesându-ne de numărul clienţilor cari trec zilnic pe la Serviciu, ni se spune că circa 400 persoane vin în fiecare zi la diferite examene medicale. D-l medic şef a ţinut personal să ne demonstreze ingeniosul sistem, conceput de el, pentru dirijarea publicului, care permite ca fiecare client să fie îndrumat direct la medicul din specialitatea respectivă şi care funcţionează într'adevăr remarcabil.

Sistemul acesta, de care medicul şef era foarte mândru, se bazează pe o instalaţiune cu microfon, care permite portarului să dirijeze din loja sa întreaga mişcare a clientelii. Pacientul care soseşte, se prezintă la portar, unde i se completează un mic buletin cu date sumare personale. Buletinul este compus din trei părţi, având fiecare acelaş *număr curent*. După completare buletinul se rupe în trei părţi: primul se înmânează bolnavului, care este îndrumat în sala de aşteptare respectivă; al doilea se trimite la fişierul central sanitar, unde se cercetează imediat dacă bolnavul a mai fost sau nu în căutarea serviciului, în vederea studiului de patologie a rassei, a treia parte se introduce într'un aparat de semnalizare, în despărţământul corespunzător medicului la care a fost îndrumat pacientul. In momentul când medicul consultant e disponibil, apasă pe un buton, care aprinde o lampă deasupra aparatului dela portar. Portarul scoate buletinul de dedesubt şi anunţă la microfon că pacientul Nr. X să poftească la d-l medic J. Toate sălile de aşteptare au megafoane legate de microfonul portarului. Prin acest sistem, bolnavii sunt legaţi de sala de aşteptaree şi nu pot să hoinărească

Seropulmin



BRONCHO-PNEUMONII
BRONȘITE ACUTE ȘI CRONICE
AFECȚIUNI PULMONARE-
POST OPERATORII
BRONCHECTAZII
PNEUMONII
TUSE CONVULSIVĂ

COOPERATIVA UZINELE SANITARE
„Paulescu-Gerota-Şumuleanu"
Calea Griviței 67. Telefon 4.98.08

AUXO — BENZOTERAPIA PULMONARA

Benzocalcium

INDICAȚIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice
Infecțiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE: 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.
Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

«FARMAOLT» S. A. — BUCUREȘTI Calea Griviței No. 67, Tel. 4.98.08

Nitrolingual

Specific în
Asthma cardiale, Angina pecloris etc.

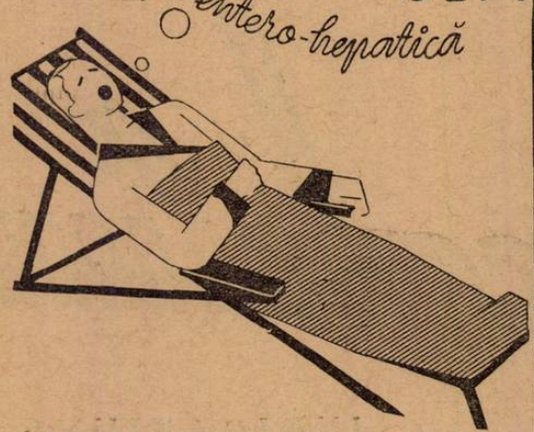
Dr. Alex. Rada București III, Str. Sofia 30

BILI-SODINE ℰ **UROMED**

medicație entero-hepatică

CEPHALO

dizolvant al acidului uric



Insuficiență secretorie a ficatului, dispepsie, gastralgie, hyperclorhidrie, enterită, icter, colicistită, aerophagie, intoxicație alimentară

Artritism sub toate formele, reumatism, gută, diateză urică arterio-scleroză, obesitate antisepsie urinară.

Mostre gratuite la cerere MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23 TEL. 2.39-46

pe coridoare, iar medicul dirijează mişcarea bolnavilor, după nevoile sale. La secţiunile cari au clienţi mai numeroşi se găsesc, lângă cabinetul de consult al medicului, două sau chiar trei boxe de desbrăcare, care au deschidere şi spre sala de aşteptare şi spre cabinetul medicului. Bolnavul intră în boxă, închide uşa după el, se desbracă şi intră desbrăcat la medic. Prin acest aranjament se economiseşte mult timp.

Serviciul Sanitar are următoarele servicii: 1. administrativ, 2. boli infecţioase, 3. tuberculoză, 4. ocrotire — copii până la vârsta şcolară — 5. venerici şi 6. secţiunea «Erb-und Rassenpflege». Acesta din urmă formează nucleul de bază al serviciului.

La München, Serviciul Sanitar aparţine oraşului, spre deosebire de alte oraşe, unde este al statului.

Atât medicul şef cât şi medicii conducători de servicii sunt numiţi de primărie: sunt «invitaţi» de primar («sie werden berufen»). Nu există nici un fel de concurs. Medicul trece examenul de diplomă, face clientelă rurală sau urbană, de preferinţă rurală, şi mai trece un examen de stat, asistând încă un trimestru la anumite prelegeri dela facultate, care îi dă dreptul să ocupe un serviciu de medic sanitar.

Medicul şef recunoaşte că ei sunt foarte bine plătiţi, drept recompensă pentru pierderea clientelei.

Spitalele din München nu sunt încadrate la Serviciul Sanitar, ci formează o administraţie aparte. E o lacună. «Salvarea» este şi ea o organizaţie aparte. Comuna are un serviciu de asistenţă şi ocrotire, afară de Serviciul Sanitar. Insă tendinţa este de a le îngloba în acesta. Medicul şef crede necesar ca acest lucru să se facă cât mai urgent, pentru motivul de ocrotire şi asistenţele depinzând de alt serviciu, serviciul sanitar a fost nevoit să-şi angajeze personal propriu pentru anchete. Nu ţine de serviciul sanitar nici controlul alimentelor; primăria îşi are controlorii proprii pe piaţă, iar serviciul sanitar se ocupă de acest lucru numai accidental, controlează în schimb medicamentele şi farmaciile.

Necroscopia se face de medici particulari, cari au însă încredinţarea pentru acest scop din partea serviciului sanitar.

Baza întregului serviciu o formează secţiunea «Erb-und Rassenpflege», fără învoirea căruia nimeni în Germania nu se poate căsători. Serviciul sanitar îşi întocmeşte o evidenţă a tuturor cazurilor de bolile care pot interesa patologia rassei, în special bolile psihiatrice. Culegerea informaţiunilor se face din datele pe cari le au din foile de observaţie ale serviciului propriu; iar din exterior, dela azilele de alienaţi, dela ambulatorii şi casele de asigurări; nu se anunţă însă decât cazurile cari pot interesa patologia ereditară.

Oricine se prezintă la serviciul sanitar trebue să-şi dea datele personale şi i se întocmeşte fişe sanitară, în două exemplare; al doilea exemplar merge la locul naşterii, tot la serviciul sanitar.

Fişierul este sistem masă, se prezintă foarte ordonat, are tăblie culisantă de 1/3 lărgimea mesei, iar în pupitrele laterale ale mesii se păstrează al doilea fişier, adică al acelora născuţi în oraşul respectiv, pe când sus pe masă sunt ţinuţi în evidenţă acei cari domiciliază în oraş. Fişele se păstrează alfabetic. Până acum au întocmit la ei circa 300.000 fişe. Fişierul este practic, se lucrează comod la el; se face uz de călăreţi.

Din toate aceste fişe se aleg cazurile care pot prezenta fenomene de patologie ereditară şi acestora li se întocmeşte un cazier individual-familial combinat. La aceste cazuri se purcede la o anchetă de ordin ereditar, întocmindu-se arborele genealogic. Cine doreşte să se căsătorească, se prezintă la serviciul sanitar, care caută în fişierul său dacă a fost sau nu examinat de ei. Asupra acelora cari nu sunt luaţi în evidenţă, se întreabă la locul naşterii, care este întotdeauna în măsură să spună dacă, şi în care oraş, cazul a fost sezisat. Sistemul necesită o corespondenţă destul de voluminoasă, cu diferitele oraşe, totuşi se afirmă că este destul de prompt rezolvată.

Cazierul ereditar «Sippenakt» cuprinde actele personale ale părinţilor şi ale copiilor până la plecarea lor din casa părintească; copilul care se mută din familie sau se căsătoreşte, capătă un cazier separat. Pe cazier se face legătura cu diferitele caziere familiale. In cazurile clare, când medicul găseşte că o căsătorie ar putea periclita generaţiile viitoare, prin procrearea elementelor disgenice, medicul refuză autorizaţia de căsătorie. Evident că sunt dificultăţi în cazurile dubioase, unde medicul este pus la grea încercare, având să decidă dacă cineva poate sau nu să se căsătorească. In special cazurile uşoare de schizofrenie le dau mult de lucru. Nu e posibil de a refuza concubinajul la cei refuzaţi.

Tot acest cazier serveşte şi pentru ordonarea sterilizării. Propunerea pentru sterilizare o poate face orice organ sanitar. Dosarul se întocmeşte de şeful serviciului sanitar «Erb-und Rassenpflege», care este psihiatru şi se trimite la tribunal pentru decizione.

In ceeace priveşte sterilizarea, se recunoaşte că lumea nu e bucuroasă să se supună acestei măsuri.

Nu se admite căsătoria între un sterilizat şi un om normal; din contră, se propagă ideea căsătoriei între sterilizaţi. Ni se spune că în Berlin ar exista un oficiu care mijloceşte astfel de căsătorii.

Asupra valorii sterilizării nu se pot pronunţa, mai aşteaptă consumarea timpului. Ritmul sterilizării este însă mai lent.

Au un frumos laborator de analize chimice şi clinice, cu o masă rotundă în mijlocul camerii, care mi se pare că rezolvă în chip ideal problema mesei de laborator.

Remarcabil, serviciul de combaterea bolilor venerice, de care este atasată o asistenţă socială, cu singura menire de a urmări tratamentul complect al sifiliticilor. Medicul era încântat de serviciile pe care această asistentă le aduce. Acest serviciu are o evidenţă a sifiliticilor din întregul oraş, iar medicii particulari specialişti sunt datori să anunţe serviciul sanitar dacă clienţii îşi urmează regulat tratamentul, aceasta prn rapoarte lunare nominale.

Serviciul ajută pe medicul particular să şi recâştige clientul neglijent şi îl îndrumează către acelaş medic. Citarea bolnavilor la continuarea tratamentului se face prin scrisori închise, timbrate, fără en-tête, şi la nevoie un agent sanitar se deplasează la domiciliul bolnavului pentru a-l convinge să-şi continue tratamentul. Se caută pe cât posibil să se anunţe oraşul în care s'a mutat pacientul.

Dispensarul face tratamentul sifiliticului numai accidental, menirea principală a lui fiind urmărirea şi controlul tratamentului. Medicii particulari ţin o corespondenţă sistematică şi urmărită cu acest serviciu, care are un deosebit prestigiu în ochii lor.

Prostituatele sunt de două categorii: încazarmate şi libere. Serviciul sanitar tinde spre încazarmarea tuturor prostituatelor din motive de comoditate. Mi se spune că la bordeluri nu se serveşte băuturi şi nici nu se dansează. Conlucrarea cu poliţia este foarte bună: nu se cunosc conflicte cu poliţia.

Infecţioşii venerici se internează în spitale. Prevederile legii, de a pe-

depsi pe acei cari infecteează cu bună ştiinţă pe cineva cu boli venerice, au rămas literă moartă, din motive de procedură. Anume, legea prevede că numai persoana lezată poate face un denunţ pentru pedepsire, iar cum cel păgubit renunţă de cele mai multe ori să se adreseze tribunalului şi să-şi desvăluiască propria lui ruşine, cel vinovat scapă de obiceiu de pedeapsă.

In aceeaşi clădire cu serviciul sanitar, am găsit un dispensar pentru sugari, care te isbeşte prin curăţenia exemplară.

Remarcabil, centrul de colecţare al laptelui matern, care se află în acest dispensar. Mamele care dispun de suficient lapte, îl colecţează acasă la ele, în sticluţe puse la dispoziţie de dispensar şi-l aduc spre sterilizare dispensarului. Kilogramul de lapte uman se plăteşte cu 1,50 mărci (ca. 100 lei). Au un laboratoriu foarte bine instalat, pentru controlul falsificărilor şi sterilizare la 95 grade. Dispensarul dispune de un aparat răcitor superb şi în general este instalat cu mare lux. Colegul care conduce dispensarul îmi comunică că în anii din urmă mamele alăptează cu mai mare plăcere copiii decât înainte, şi semnala acest fenomen ca foarte îmbucurător, deoarece Bavaria era cunoscută ca ţara alimentării artificiale a copiilor sugaci.

Problema combaterii tuberculozei în discuţia Consiliului Sanitar Superior

In ziua de 27 Aprilie a. c. a avut loc la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şedinţa Consiliului Sanitar Superior, la care au participat, sub preşedinţia d-lui Prof Dr. P. Tomescu, Ministrul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, membrii Consiliului.

D. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale deschizând şedinţa Consiliului Sanitar Superior, a arătat rezultatele concursurilor de externat, internat şi secundariat, la cari s'au prezentat un număr mare de candidaţi şi la cari, graţie eforturilor şi muncii membrilor juriilor examinatoare au putut fi selecţionaţi un număr de elemente bine pregătite.

Trecând la chestiunea colaborării membrilor Consiliului Sanitar Superior cu instituţiile şi serviciile medicale din ţară, d. Ministru a arătat necesitatea ca să existe un contact cât mai strâns care să permită îmbunătăţiri şi progrese însemnate ale instituţiunilor sanitare din ţară. S'au stabilit judeţele în care fiecare din membrii Consiliului urmează să exercite pe teren acţiunea de îndrumare şi control a serviciilor şi instituţiilor sanitare.

D. Ministru examinând apoi problema organizării practice a combaterii, izolării şi tratamentului tuberculozei a spus că această chestiune este una din cele mai însemnate ce trebuesc rezolvate imediat de organizaţia sanitară de Stat. Este necesar ca să se ajungă în această şedinţă a Consiliului Sanitar Superior la soluţii practice care să permită o acţiune eficace şi imediată pentru stăvilirea extinderii ce o ia tuberculoza în mediul rural şi urban.

D. Ministru dă apoi cuvântul d-lui dr. Marius Nasta care prezintă în numele său şi al d-lui dr. Daniello un raport general asupra problemei organizării combaterii tuberculozei pulmonare.

D. Dr. M. Nasta dând citire raportului asupra «Principiilor generale pentru organizarea combaterii tuberculozei în România» a arătat că prin marea ei mortalitate şi prin numărul important de bolnavi această boală prezintă pentru noi nu numai o problemă de ordin medical, ci şi una de ordin naţional şi social, mai ales în împrejurările actuale când naţiunea întreagă este angajată într'o luptă hotărîtoare pentru afirmarea drepturilor ei.

Numărul de paturi în sanatorii şi spitale pe care îl avem actualmente este insuficient în comparaţie cu acelea pe care ar trebui să le avem pentru izolarea şi tratarea tuturor bolnavilor tuberculoşi.

Acţiunea de combatere a tuberculozei nu se poate face decât graţie unui armament compus din următoarele elemente: *depistarea precoce a tuberculoşilor, internarea lor pentru izolare şi tratament, supravegherea permanentă a bolnavilor, ferirea de contagiune a celor sănătoşi.*

Baza operei de depistare a tuberculozei o formează *dispensarul antituberculos*, mobil sau fix, cu instalaţii de microfotoradiografie, medici specialişti şi surori de ocrotire.

Instituţiile de izolare a tuberculozei sunt *sanatoriile regionale*, dar mai ales spitale de tuberculoşi pe lângă spitalele judeţene care prezintă soluţia cea mai economică şi mai practică pentru izolarea şi tratarea tuberculozei pulmonare. Medicii specialişti conducători ai secţiilor actuale de tuberculoză pulmonară din spitalele judeţene vor putea conduce şi instalaţiile de spital ce se vor face pentru mărirea capacităţii de spitalizare a acestor secţii. Totuşi lipsa de medici specialişti ftiziologi trebue remediată prin pregătirea unui număr însemnat de specialişti care să poată încadra toate spitalele şi sanatoriile ce se vor creia în viitor.

D. Dr. Nasta arată apoi numărul minim de paturi ce trebuesc creiate în fiecare judeţ pentru combaterea eficace a tuberculozei pulmonare. D-sa propune ca aceste paturi să se instaleze fie în barăci, fie în imobile care să funcţioneze pe lângă secţiile de T. B. C. ale spitalelor judeţene.

D. Prof. Dr. I. Bălteanu arată că acţiunea de organizare a luptei contra tuberculozei trebue începută cât mai repede, întrucât de exemplu în şcoli numărul cazurilor este destul de important. Aceasta s'a putut constata şi din numărul de infecţiuni tuberculoase ce s'au găsit la absolvenţii unor licee şi la studenţii universitari.

D-sa propune generalizarea metodei vaccinării intracutanată cu B. C. G.

D. Prof. Dr. M. Ciucă constată că diferitele instituţiuni cari se ocupă de combaterea tuberculozei funcţionează izolat şi cere o conducere unitară exercitată de Ministerul Sănătăţii. In orice caz, mijlocele de luptă contra tuberculozei trebue să fie în raport cu posibilităţile actuale şi trebuesc propuse soluţiuni practice şi realizabile în organizarea acestei acţiuni.

D. Dr. S. Daniello — cere ca organizarea acţiunei antituberculoase să se facă în etape înzestrându-se cu armamentul tuberculos complect deocamdată câteva regiuni din ţară unde condiţiile actuale sunt mai favorabile acestor realizări.

D. Prof. Dr. Iuliu Moldovanu a spus: este nevoie de o unificare a programului de luptă în contra tuberculozei şi diferitele instituţiuni trebue să se încadreze în această acţiune comună de combatere. Problema medicilor specialişti în tuberculoză trebue rezolvată şi în sensul ca să avem câţi mai mulţi medici ftiziologi, dar trebue ca fiecare medic şi mai ales cei de circumscripţie, să aibe cunoştinţe cât mai întinse în acest domeniu.

D. Prof. Dr. Gh. N. Lupu a spus că, un principal obstacol în combaterea eficace a tuberculozei pulmonare a fost în trecut lipsa de mijloace materiale.

Lipsa de coordonare şi colaborare ce a fost până acum în acţiunea de combaterea tuberculozei trebue soluţionată în sensul ca Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale să ia în mână această problemă care este una de interes naţional şi social.

D. Prof. Dr. Haţieganu arată că în organizarea luptei antituberculoase ne trebue mai mult medici specialişti activi şi dinamici care să lucreze intens în dispensare, sanatorii şi spitale pentru rezolvarea problemei de interes na-

EUPHORYL

DERMATOSE PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.

LABORATOIRES "ANA", 18, AV^e DAUMESNIL, P

Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă

LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL, PARIS

ANA PARIS

Hirudinase

(DRAGELEI)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare.

Creiat şi experimentat în spitalele din Paris

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA

Salicylate SURACTIVE "ANA"

SALICILAT DE SODIU
în combinaţie
CALCO-MAGNESIANĂ
TIOSULFATAT

32 gr. SALICILAT de SODIU SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE
5 linguriţe de ceai sau 20 de picături = 1 gr. Salicilat de sodiu supr.

INJECŢIUNI INTRAVENOASE
10 cc. = 1 gr. de Salicilat de sodiu suprareactivat

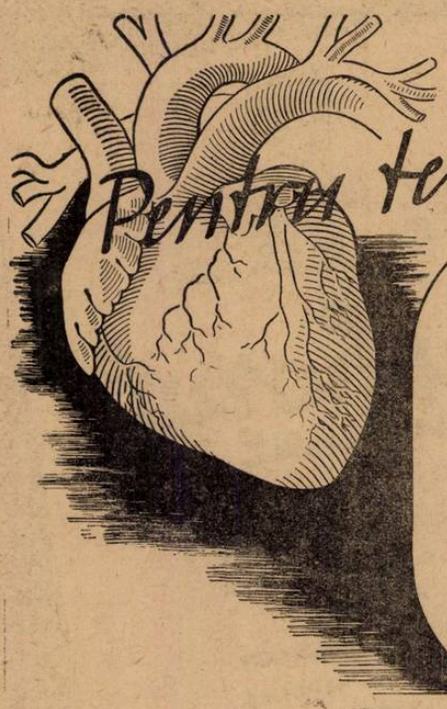
Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism - ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PARIS. XIIe

Mostre gratuite la cerere

MEDIROM S. A. R. Bucureşti IV. — Str. Olari 23. Telefon 2.39.46.



Pentru terapia Digitală

și pentru tratamentul economic de lungă durată, cardiacul consacrat, cu început de acțiune rapidă și cu efect îndelungat

DIGITALIS-DISPERT

Procedeul de fabricațiune „Dispert" asigură, prin gradul înalt de dispersiune — în mărimea eritrocitelor umane — o rezorbție optimală și o toleranță perfectă.

RHENANIA

„Rhenania" Secția Farmaceutică a **S. A. KALI-CHEMIE, Berlin**
Dep.: Pharmag S. A., Brașov

Digitalis-Dispert

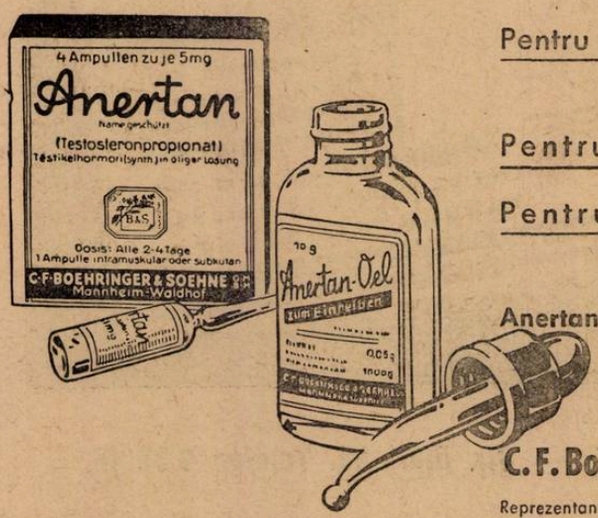
Tablete • Supozitoare • Soluție

Anertan — Anertan-Oel

intramuscular — percutan

hormon sexual masculin

(propionat al testosteronului)



Pentru bărbați: în prostatism și astenii, în domeniul fizic, psihic și sexual.

Pentru femei: metroragii, mastopatii, prurit vulvar,

Pentru copii: în criptorhidie, infantilism, enureză, inapetență și lipsă de energie.

Anertan-fiole: 4 × 5 mg
4 × 10 mg
2 × 25 mg

Anertan-Oel:
10 g = 400 picături = 50 mg Anertan

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

ţional pe care o constitue tuberculoza.

Secţiile de tuberculoză ale spitalelor judeţene trebuesc mărite prin instalaţii noui şi medici specialişti ai acestor secţiuni trebuesc utilizaţi la maxim .

Au mai luat cuvântul: d-nii dr. Capitanovici, prof. dr. Tătaru, prof. dr. Teposu, prof. dr. Gane, dr. O. Lupu, secretar general Sanitar.

D. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale rezumând desbaterile a arătat că în cursul discuţiilor s'au exprimat o serie de idei extrem de utile luptei antituberculoase. Această acţiune a avut în ţara noastră precursori străluciţi — cum a fost prof. dr. Cantacuzino.

Organizaţiile actuale de combatere a tuberculozei nu şi-au putut — din diferite cauze — atinge scopul, acela de a soluţiona problema tuberculozei în ţara noastră. De aceea se impune o schimbare a metodelor şi a acţiunei de combatere a tuberculozei.

Dacă vrem să realizăm ceva în această direcţie şi să nu formulăm numai un program vast şi lipsit de posibilităţi de realizare, trebue să ne constituim un punct de plecare, un program minimal în acţiunea de combatere a tuberculozei.

Astfel, trebue întâi să dispunem de o organizaţie minimală de depistare, izolare şi tratare a tuberculozei.

Prin examinarea în massă a populaţiei din unele regiuni, graţie aparatelor de microfotoradiografie, vom putea depista toate cazurile de tuberculoză pulmonară incipientă sau evoluată.

Ne trebuesc încă cel puţin 10.000 de paturi pentru bolnavii tuberculoşi. Credem că prin amenajarea de barăci-spitale pe lângă secţiile de tuberculoză ale spitalelor judeţene vom putea realiza acest proect utilizând în acelaş timp pe medicii specialişti ai acestor secţiuni. Un număr de barăci-spitale au fost deja achiziţionate.

Domnul Mareşal Antonescu a binevoit a aproba ca să se aloce fondurile necesare terminării sanatoriilor de tuberculoză care sunt începute şi neterminate. Astfel vom dispune de încă aproximativ 1000 de paturi pentru internarea bolnavilor tuberculoşi.

Măsurile ce le vom lua trebue însă să rezolve problema tuberculozei în mediul rural şi la cei lipsiţi de mijloace. Instituţiile care s'au ocupat până acum de combaterea tuberculozei nu a putut trata în sanatori, pe cei mai numeroşi bolnavi de tuberculoză pulmonară, aceia lipsiţi de mijloace şi aceia din mediul rural.

D. ministru a cerut apoi tuturor membrilr Consiliului Sanitar Superior să dea concursul lor activ şi dinamic acţiunei de combatere a tuberculozei începută de organizaţia sanitară de Stat.

REVISTA CARŢILOR

V. Papilian şi C. C. Velluda: Cercetări antropologice asupra moţilor dintre Arieş. (Memoriile Academiei Române. Secţia ştiinţifică. T. 15. Seria III. Mem. 19, 1942.

Lucrările româneşti de antropologie n'au depăşit încă stadiul încercărilor

Până în prezent, antropologii români s'au mărginit la scurte note privind fiecare dintre ele câte-o problemă izolată. Lucrările de sinteză sau cele cari să privească un material statistic vast studiat din numeroase laturi, nu abundă. Deaceea lucrarea domnilor V. Papilian şi C. C. Velluda, care face parte dintre lucrările de mare anvergură antropologică, este o lucrare demnă de apreciat. Pe deoparte particularitatea materialului de studiu ales — populaţia Moţilor dintre Arieşe — pe de altă parte numărul mare de cercetări întreprinse, seriozitatea cu care au fost conduse aceste cercetări, privirea de sinteză aruncată asupra problemei, originalitatea concluziilor şi garanţia pe care — ne-o aduce numele acestor distinşi antropologi; fac din această lucrare un studiu inedit, care face o deosebită cinste antropologiei şi ştiinţei româneşti.

După cunoştiinţele şi observaţiile autorilor, această regiune este cea mai pură din punct de vedere etnic, căci niciodată şi sub nici o formă nu s'a stabilit aci vreo altă naţionalitate în afară de cea românească. In anul 1929 populaţia cuprindea 26728 locuitori dintre care 26723 erau români restul de 5 străini, fiind funcţionari. Regiunea dintre Arieşe fiind sediul unei populaţii a cărei puritate etnică n'o găsim decât în foarte puţine alte regiuni şi fiind centrul populaţiei moţeşti, ne oferă date antropologice de o importanţă deosebită.

Cercetările domnilor Papilian şi Velluda privind populaţia Moţilor, au fost executate asupra: a) Caracterelor lor morfologice; b) compoziţiei lor rasiale şi c) grupelor lor sanguine.

a) **Caracteristica morfologică** a fost pusă în evidenţă prin cercetarea a 21 elemente anatomice şi 19 indice, deci prin studiu a 40 valori morfologice care privesc: talia, capul, faţa, trunchiul şi membrele.

Importanţa datelor obţinute ţinând seama de numărul cercetărilor (circa 1000) cât şi de omogenitatea materialului capătă o semnificaţie de prim ordin.

Din întreg studiul morfologic bărbaţii Moţi apar cu o talie mijlocie depăşind uşor media găsită la români în general. Femeile lor sunt însă mai mici, sub medie, autorii stabilind deci o diferenţă relativ mare între sexe. Capul potrivit ca mărime (cu diferenţe mici între sexe), brachicefal la femei şi hiperbrachicefal la bărbaţi, înalt (hipsicefal), cu fruntea lată, faţa potrivită, nasul potrivit cu o tendinţă mai accentuată spre forma ascuţită (leptorinie), urechea potrivită, gura mică, ochii mult mai mici. Membrele inferioare potrivite cele superioare relativ scurte.

b) In ceeace priveşte **compoziţia rasială**, tipul de bază a populaţiei moţeşti îl formează rasa alpină pură sau componentele ei dintre care cea mai frecventă este rasa alpino-mediteraniană. Femeile sunt mai alpine decât bărbaţii. Urmează în ordine frecvenţei risele blonde dintre care în primul rând rasa est-europeană. Remarcăm într'un procent ridicat (10,35%) un tip denumit de autori «tip local». Acest tip este înalt (peste 1,75 m.) hiper sau brahicefal, cu un complex pigmentar închis, mezo sau leproprosop, mezo sau leptorin. Prin procentul lor mare de depigmentări (1/3) Moţii apar ca o combinaţie a unei rase brune cu una blondă nordică. Tipul autocton (ţinând seama şi de caracteristica lor serologică), pare să fi primit o influenţă dela sud şi dela sud-vest care i-ar fi adus aportul rasei alpine şi o altă influenţă dela nord care i-ar fi adus aporul rasei nordice.

c) Din punct de vedere **serologic**, Moţii prezintă un foarte mare procent de indivizi cu proprietăţi europene (A 52,81%). De asemenea ei prezintă cel mai ridicat indice biologic găsit până acum la Români (I=2,93, p=3,61). Prin aceste caractere Moţii apar ca cei mai europeni dintre românii cercetaţi până acum, pe regiuni.

Ţinând seama de compoziţia rasială a Moţilor, compoziţie prin care apare o componentă nordică incontestabilă, de izolarea lor geografică, precum şi de lipsa oricărui contact străin, autorii s'a întrebat dacă influenţa pe care au primit-o Moţii nu e foarte veche, mult mai veche decât s'ar crede şi dacă componenţa lor serorasială nordvestică nu ar aparţine vechiului popor Celt a cărui invazie în Transilvania s'a făcut de la vest. Autorii răspund afirmativ la această problemă fiind de acord cu o serie de oameni de ştiinţă (Guiard, Gladariu) care consideră pe români că având o veche origine celtică.

Lucrarea este însoţită de date comparative cu cercetările făcute asupra altor populaţii româneşti şi cuprinde 109 pagini, 38 grafice, numeroase schiţe, hărţi şi fotografii.

Dr. VICTOR PERDA.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Inspecţiile D-lui Ministru al Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale la Institutiile sanitare din judeţele Ilfov şi Vlasca

In ziua de 19 Aprilie a. c. d. prof. dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a vizitat o serie de instituţii sanitare din judeţul Ilfov.

La Spitalul Budeşti, pe care l-a găsit funcţionând în condiţii destul de bune d. ministru a dat instrucţiuni pentru repunerea în stare de funcţionare a aparatului de radiologie şi a laboratorului dispensarului.

D. ministru a constatat deasemenea activitatea intensă pe care o desfăşoară medicul spitalului şi numărul mare de bolnavi consultaţi.

Dela Budeşti d. ministru s'a îndreptat spre Oltenita, unde Spitalul de Stat a avut mult de suferit în urma recentelor inundaţii.

Intr'o consfătuire pe care a avut-o cu d. primar al oraşului şi medicii oficiali, d. ministru a dat insrucţiuni asupra acţiunei de vaccinare a populaţiei în contra febrei tifoide şi a studiat posibilităţile de reparare a spitalului din localitate.

S'a vizitat apoi Centrul de Sănătate instalat într'un local frumos şi bine întreţinut şi care este dotat cu un mic laborator şi cu o instalaţie de radiologie.

Joi 23 Aprilie a. c., d. prof. dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a vizitat institutunile sanitare din oraşul Giurgiu.

In urma recentelor inundaţii, Spitalul de Stat din Giurgiu a avut mult de suferit, astfel că necesită actualmente reparaţii importante pentru a fi pus în bună stare de funcţionare. D. ministru a vizitat serviciile spitalului şi a examinat împreună cu medicii posibilităţile de amenajare a secţiunilor spitalului, astfel ca acesta să poată satisface toate nevoile de asistenţă medicală a populaţiei jud. Vlaşca.

D. ministru a vizitat apoi Laboratorul de Igienă, Dispensarul Policlinic şi Serviciul Sanitar al jud. Vlaşca, dând instrucţiuni pentru funcţionarea în cele mai bune condiţiuni a cestor instituţii.

Au avut loc apoi la Prefectura judeţului Giurgiu o consfătuire sub preşedinţia d-lui ministru, la care au participat d. prefect al judeţului, d. primar al oraşului Giurgiu, d. dr. Miltiade Ionescu, medicul primar şi director al spitalului, d. dr. Gh. Mândreanu, medicul primar al judeţului Vlaşca, precum şi medicii oficiali.

D. ministru a dat instrucţiuni asupra continuării acţiunii de vaccinare contra febrei tifoide, care s'a început la Giurgiu din primele zile ale inundaţiilor.

D. ministru a dat apoi directive asupra operei de asistenţă medicală şi socială a populaţiei nevoiaşe care trebue continuată cu energie.

Rezultatele concursurilor de secundariat din Bucureşti

La concursurile de medici secundari ai Spitalelor din regiunea Bucureşti, au fost publicate vacante un număr de 50 locuri pentru următoarele specialităţi: chirurgie generală, medicină internă, pediatrie şi puericultură; dermato-venerice, T. B. C., obstetrică şi ginecologie, radiologie, oto-rino-laringologie.

Deschiderea concursurilor de secundariat la Bucureşti s'a făcut în cadrul unei solemnităţi sub preşedinţia d-lui *prof. dr. P Tomescu*, ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi în prezenţa d-lor profesori şi medici primari membri ai juriilor de examinare.

Concursul de secundariat a luat sfârşit la Bucureşti la 25 Aprilie crt.

Au fost declaraţi reuşiţi următorii candidaţi în ordinea clasificaţiei:

Specialitatea Chirurgie Generală

1. Dr. Porumbaru Ion 20; 2. Dr. Almăşeanu Simion 18,83; 3. Dr. Mihăilescu Luca 18,08; 4. Dr. Călinescu D. Petre 17,33; 5. Dr. Georgescu Ioan 17;6. Dr. Iacomi Gheorghe 17; 7. Dr. Ionescu Emil 16,66; 8. Dr. Popovici Ciril 16,66; 9. Dr. Popescu I. Mihail 16,50; 10. Dr. Roşu Petre 16,50; 11. Dr. Temelie Alexandru 16; 12. Dr. Iliescu Octavian 15,33; 13. Dr. Dacu Gheorghe 15; 14. Dr. Mihăilescu Ioniţă 15.

Specialitatea Medicină Internă

1. Dr. Bruckner Ioan 19,16; 2. Dr. David Cornel 19; 3. Dr. Papadopol Şerban 18,75; 4. Dr. Vereanu Ion 18,75; 5. Dr. Popescu Iuliu 18,58; 6. Dr. Constantinescu Gh. 18,58; 7. Dr. Teodoru Const. 18,41; 8. Dr. Condaxe Aristotel 18,08; 9. Dr. Şerbănescu Florica 17,66; 60. Dr. Cristescu Nicolae 17,25; 11. Dr. Quintescu Mircea 17,25; 12. Dr. Rădulescu Maria 17,25.

Specialitatea Pediatrie şi Puericultură

1. Dr. Robachi Raul 18,83; 2. Dr. Butoianu Radu 18,66; 3. Dr. Iovănescu-Robachi Maria 18,33.

Specialitatea Obstetrică şi Ginecologie

1. Dr. Sârbu Panait 19,66; 2. Dr. Găntoiu Olga 18,16; 3. Dr. Alexandrescu Dan 18,11; 4. Dr. Cristodulo Const. 17,77; 5. Dr. Herter Borel Maria 17,66; 6. Dr. Hamza Olimpia 17,10.

Specialitatea O. R. L.

1. Dr. Baboe Vasile 17,33; 2. Dr. Posnea Ghituleasa Elvira 17.

Specialitatea Dermato-Venerice

1. Dr. Conu Gheorghe Aurică 19; 2. Dr. Vasilescu Corina 17,66.

Specialitatea Tuberculoză

1. Dr. Lupaşcu Ion 19; 2. Dr. Oncescu Mircea Adrian 18,17; 3. Dr. Barbu Romulus Zeno 17,66; 4. Dr. Marinescu Eugenia 17,08; 5. Dr. Balmuş Crăciun Aurelia 16; 6. Dr. Smărăndescu Petre 15.

Specialitatea Radiologie

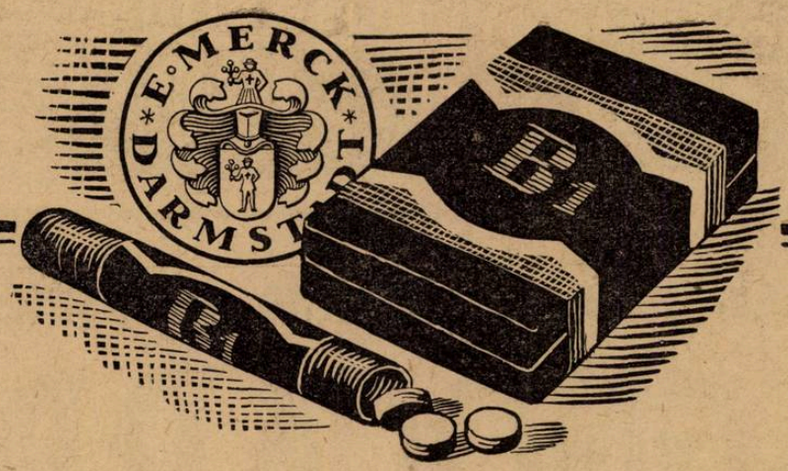
1. Dr. Angelescu Grigore 17.

Rezultatele concursului de internat în medicină

Juriul examinator al candidaţilor la acest concurs prezidat de d-nii Dr. Săvescu, medicul şef al Căilor Ferate şi dr. E. Christide, epitrop al Aşezămintelor Brâncoveneşti a fost compus din d-nii: Dr. Ştefan Popescu, medic primar director; dr. O. Paşcanu, medic primar; dr. M. Enăchescu, medic primar; dr. Florian, medic primar.

Au fost declaraţi reuşiţi următorii candidaţi în ordinea clasificaţiei:

1. Velican Constantin 30; 2. Ballan Leonida Mircea 19,88; 3. Pandele Aristide 19,33; 4. Pop Avramescu Elena 19,11; 5. Ratiu St. Ovidiu 19; 6. Ionescu Răsvan 18,88; 7. Simici Pavel 18,77; 8. Chiricuţă Ioan 18,55; 9. Mihăilescu Vintilă 18,55; 10. Sutescu Paraschiva 18,22; 11. Stoian I. Gh. 18,11; 12. Anastasiu Nicolae; 13. Căpăţână Emilian; 14. Vintilescu Nicolae; 15. Malitchi Elena; 16. Niculescu Victoria; 17. Toporaş Miluţă; 18. Ignat Llemansa; 19. Alexandrescu Elena; 20. Ionescu Gh. Ioan; 21 Cucea Petre; 22. Mateescu Maria; 23. Cealâc Ioan; 24. Ionescu Anesia Valeria; 25. Marinescu Aurora; 26. Fratea I. Gheorghe; 27. Gabrilescu Emilia; 28. Marin Aurel; 29. Marinescu Ilie; 30. Iorgulescu Ioan; 31. Petrescu St. Petre; 32. Georgescu Gh. Ion Stelian; 33. Puşcariu V. Valer; 34. Ilie Ioan; 35. Costache Dumitru; 36. Iliescu Gabriel; 37. Martin Romulus; 38. Moldovan Nicolae; 39. Scripcă Elena; 40. Niculescu Ianca Magdalena; 41. Marinescu Elena; 42. Constantinescu Daniel; 43. Dumitriu Alexandru; 44. Popescu Eliseev Ana; 45. Dumirescu Petre; 46. Cucioreanu Iulia; 47. Palade Lucreţia; 48. Ionescu P. Ioan; 49. Iliescu Gh. Ionel; 50. Gheţie Mircea.



BETABION

Merck

= Vitamina B_1 pură cristalizată (aneurin)

In polinevrite, nevralgii, paralizii postdifterice, migrenă, turburări cardiace avitaminotice etc.

Dozările cu mult mărite fără a ridica prețul!

TABLETE de 0,003 gr.
FIOLE de 0,005 gr.
FIOLE „forte“ de 0,025 gr.

E. Merck

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE • DARMSTADT
FONDATĂ IN 1827

Reprezentanța generală:
Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, București I, Str. T. G. Masaryk No. 32

fabrica de produse chimice
gedeon richter

Str. Logofătul Tăut No. 99

Telefon 5.69.03

In flatulenţă, meteorism, enterite acute şi hiperaciditate

MAGNOCARBON

de trei ori pe zi 1—2 tablete

SYNTHOESTRIN

Fiole şi tablete

Preparat oestrogen sintetic cu formula:

4.4' Dipropionil - oxi - alfa - beta dietilstilben.

Acţiune identică cu a hormonului folicular.

1 fiolă sau 1 tabletă = 1 mgr. substanţă, corespunzând efectului a 10.000 unităţi internaţionale hormon folicular cristalizat.

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

Subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 şi 5 cc. conţinând 4 respectiv 10 mgr. iod.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAȚIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid — Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6–10 comprimate pe zi.
Copii dela 5–12 ani:	3– 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2– 5 ani:	1– 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½– 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)
Cutii a 10 fiole a 2 cc.
Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*
Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.
Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris
Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu
Medicament aliment, gust plăcut.
Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică
In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.
Sec. Prof. WIECHOWSKY
Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%
Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.
Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.
Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).
Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*
Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.
Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.
Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
conţin săruri veritabile de Vichy
Cutii a 12 pachete
1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor
Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)
Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.
Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.
Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XX No. 10 — 15 Lei Exemplarul — 15 Mai 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. V. PAPILIAN, Medic Lt. Col L. URSU, Med. MAIER N. MIHAIL şi Dr. FL. MAZILU-ANTONESCU: *Un nou tratament al bronşiectaziilor* 137

Dr. AT. IANAŞ: *Scurtă privire asupra mijloacelor de diagnostic în tuberculoza osteo-articulară* . . 138

Dr. FL. SĂRĂTEANU şi Dr. M. DUMITRESCU-EMILIAN: *Câteva consideraţiuni asupra bolilor venerice în timp de război* 141

Dr. MARIA ALEXIU şi Dr. ZOE NICULESCU: *Asupra tratamentului vaginitelor prin aplicaţiuni locale de sulfamide* 143

Dr. GH. TOMOŞOIU: *Ocluzia intestinală prin dolico colon pelvian torsionat* 143

Medic Maior Dr. N. COSTEA şi Medic Plut. T. R. Dr. GH. TEODORESCU: *Observaţiuni clinice şi terapeutice asupra tifusului exantematic din campania actuală* 145

Dr. FL. CRĂCIUN şi Dr. GH. DACU: *Limphadenom generalizat, complicat de hipertrofie mamară bilaterală* 148

Pagina

CRONICI

Prof. Dr. P. NICULESCU: *Viaţa medicală în Germania* 149

NOTE ŞI INFORMAŢII

D-l Mareşal Ion Antonescu a inspectat spitalele din Braşov; Spitale date ca exemplu pe ţară de d-l Mareşal Ion Antonescu; Inspecţiile d-lui Ministru al Sănătăţii în jud. Argeş şi în Oltenia; Societatea ştiinţifică a medicilor din Bucovina . 151

Examenul de clasificare pentru medicii primari de specialitate . . . 152

NECROLOG

A. B. Marfan de Dr. Horia Slobozianu 150

CORTENIL

Preparat sintetic

de hormon al cortico-suprarenalei

Cutie cu 3 fiole a 1 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. Bucureşti I.
Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86.

La dureri

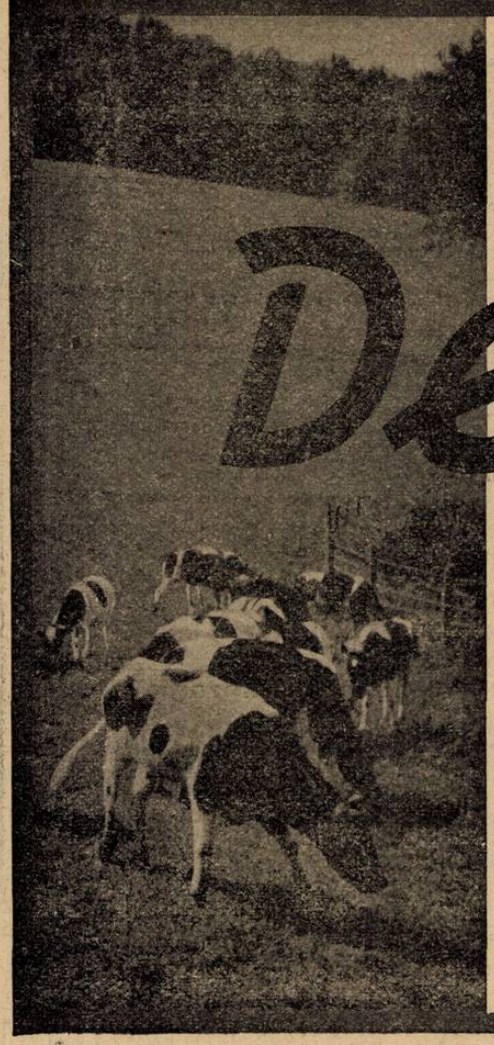
QUADRONAL

SIGUR * EFICACE * BINE TOLERAT

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI



PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Liniștea noaptea

fără turburări consecutive a stării generale prin

NOCTAL

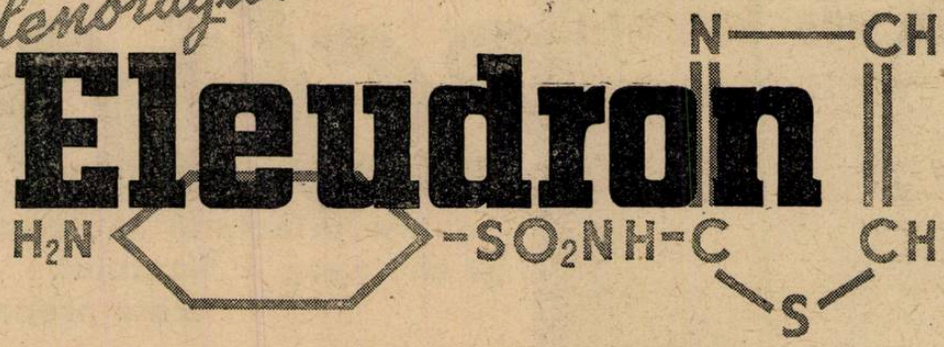
Tuburi cu 10 comprimate de 0,20 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6.

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Pentru tratamentul rapid al blenoragiei

Eleudron



p-Aminobenzolsulfonamidothiazol („Sulfathiazol")

»Bayer«
LEVERKUSEN

foarte eficace în orice stadiu al blenoragiei. Procente foarte ridicate de vindecări după o întrebuințare numai de 2 zile a unei doze globale de 10 gr., tratamentul devenind astfel foarte economic. Toleranță perfectă!

Tub cu 20 tablete de 0,5 gr.

Reprezentanța generală pentru România:
»ROMIGEFA« S. A. R. București I, Str. Brezolanu 53

In toate afecțiunile acute și cronice ale amigdalelor palatine și linguale a faringelui a vălului palatin și al întregei mucoase buco-faringiene. Stomatite bismutice și mercuriale.

ANGINAL

Lacto-Fluorescein Bijod-Thymol

SOLUȚIE: o linguriță la un pahar cu apă călduță de 3—4 ori pe zi.

Literatură și eșantioane: **Agenția Română Franceză** Str. Constantin Moroiu No. 28.
Telefon 3.57.87

Anul XX No. 10 15 Lei Exemplarul 15 Mai 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Un nou tratament al bronşiectaziilor*)

Profesor Dr. V. PAPILIAN, Med. Lt. Col. L. URSU, Med. Maior N. MIHAIL
şi Dr. FL. MAZILU-ANTONESCU

Intr'o lucrare anterioară, publicată în Ardealul medical, arătam că pilocarpina este un agent terapeutic, care poate fi folosit cu succes în tratamentul bolilor pulmonare.

Intr'adevăr, cercetările unuia dintre noi a arătat că, sistemul vegetativ are o mare influenţă în favorizarea sau inhibarea proceselor infecţioase şi anume: Excitarea sistemului parasimpatic măreşte puterea bacteriologică a serului şi se arată foarte activă împotriva infecţiunilor, în opoziţie cu excitarea simpaticului care favorizează infecţiunile.

Se ştie pe de altă parte acţiunea pilocarpinei asupra elementului muschiular al plămânului.

Ţinând seamă de aceste considerente cât şi de faptul clinic pus în evidenţă cu ocazia acestor cercetări că, pilocarpina produce o clarificare a câmpului pulmonar, care nu poate fi datorită decât unei vaso-constricţii, am introdus pilocarpina în tratamentul bronşiectaziilor.

Injecţiile se făceau zilnic timp de 10—20 zile câte un centimetru cub din soluţia 1% subcutanat. Bolnavii, după primele injecţii prezentau un timp foarte scurt (20 minute) fenomenele cunoscute administrării pilocarpinei (transpiraţii, hipersalivaţie, bufeuri de căldură şi rarcori o uşoară greaţă).

Au fost supuse tratamentului 12 cazuri de bronşiectazii. Vom cita numai două cazuri dintre cele mai grave şi caracteristice:

D. C. 26 ani, antecedente heredo-colaterale şi personale fără importanţă. **Istoricul boalei actuale:** Bolnav de 4 ani, debut insidios. Simptome subiective: Slăbirea forţelor, la început tuse seacă apoi o tuse cu expectoraţie abundentă (circa 250 cc. dimineaţa), acuză dureri la baza dreaptă cu iradieri în spate, dispnee la efort. Simptome obiective: Ipersonoritate, raluri sibilante şi ronflante pe tot câmpul pulmonar. Raluri umede subclaviculare stâng şi baza dreaptă, cu expiraţia prelungită. Diagnostic: **Bronşiectazie.**

Examenul radiologic: Desemn hilar, perihilar cu desemn peribronhovascular mult accentuat mai ales la baza dreaptă dând aspectul unui ciorchine de strugure. Bac. Koch în spută negativ.

Se institue tratament cu pilocarpină. La opt minute după injecţie apar fenomenele specifice administrării pilocarpinei, fenomene care dispar după 15 minute.

Examenul radiologic la 15 minute după injecţie: O clarificare accentuată a câmpului pulmonar, în care arborele bronşic este bine desemnat, traectul bronşiilor mai rectilin.

La 7 ore: Acelaşi imagine ca la 15 minute după injecţie.

După 24 ore: Imaginea radioscopică devine mai puţin precisă, iar câmpul dintre traveele bronşice rămân bine conturate într'un câmp pulmonar clarificat.

Simptomatic bolnavul se simte bine, are poftă de mâncare, dispneea a dispărut aproape complect la eforturi, expectoraţia foarte mult diminuată, starea generală bună.

După a 10-a injecţie, se clarifică complect câmpul pulmonar iar traveele bronşice sunt fin desemnate.

Bolnavul părăseşte spitalul cu simptomele subiective şi obiective aproape complect dispărute.

T. I. 36 ani, antecedente personale şi heredo-colaterale fără importanţă. **Istoricul boalei actuale:** Debut brusc cu trei luni în urmă. Dureri în hemitoracele drept. Tuse chinuitoare cu expectoraţie abundentă foarte fetidă, mai ales dimineaţa spute depunându-se în trei straturi. Starea generală foarte rea. Inapetenţă, slăbirea forţelor fizice, apatie, scade 8 kg. în greutate, tegumentele palide. Prezintă la un moment dat o stare de excitaţie psihică. La **examenul** clinic raluri sibilante şi ronflante pe tot câmpul pulmonar, raluri umede mai ales la baza dreaptă. **Examenul radiologic:** Uşoare voalare a câmpului pulmonar drept, mişcările diafragmului diminuate în dreapta. Desemn hilar, perihilar cu desemn peribronchovascular mult accentuat la baza dreaptă. La câteva zile după internare apare o umbră rotundă ce depăşeşte diafragmul în stânga, umbră care după un nou examen radiologic la două zile nu se mai vede. Se face reacţia Cazzoni care este pozitivă, eosinofilia însă normală. **Diagnostic: Bronşiectazie.**

Se institue tratament cu pilocarpină. Sputa devine la început mai abundentă, mai fluidă, mai puţin fetidă, apoi diminuă, şi după 10 injecţii bolnavul începe să se simtă mai bine. Starea generală devine mai bună. Pofta de mâncare revine. Câştigă în greutate şi forţă iar după 15 injecţii bolnavul se simte bine şi toate fenomenele subiective şi obiective dispar.

Din examenul atent al foilor de observaţiune, evoluţia bolii este aceiaşi la toţi bolnavii.

1. Diminuarea cantităţii sputei chiar după a 2-a sau a 3-a injecţie.
2. Dispariţia fetidităţii.
3. Diminuarea până la dispariţie a tusei şi a fenomenelor de dispnee.
4. Imbunătăţirea stării generale.
5. Mărirea poftei de mâncare.
6. Creşterea în greutate a bolnavilor.
7. Examenul radioscopic a arătat o evidentă diminuare a calibrului bronşic şi chiar o dispariţie completă a dilataţiunilor bronşice, apoi clarificarea intensă a câmpului pulmonar care apare chiar după prima injecţie.

Din cele spuse mai sus reese ne îndoios acţiunea foarte eficace a pilocarpinei în tratamentul bronşiectaziilor.

Toţi bolnavii au părăsit spitalul militar într'o stare care echivală cu o vindecare clinică.

Doi dintre aceşti bolnavi au venit la control după o perioadă de două luni. Vindecarea se menţinea.

Azi, procesul anatomo-patologic al bronşiectaziilor e bine cunoscut, încât nu poate fi vorba de o vindecare anatomică. Totuşi pilocarpina după părerea noastră, măreşte tonicitatea organului în întregime, prin tonifierea musculaturii bronşice, această tonifiere putând fi de durată variabilă, potrivit constituţiei anatomice a bolnavilor şi potrivit stării în care se găseşte musculatura bronşică.

La această acţiune de mărire a tonicităţii pulmonare, se adaugă incontestabil şi acţiunea bacteriolitică a substanţei farmacodinamice asupra florei microbiene. Infecţia diminuând, se înţelege de la sine că şi procesul reparator se va înfăptui mai uşor.

Cercetările noastre nu depăşesc o durată de patru luni, dar presupunând că după acest timp fenomenele bronşiectazice ar apărea, un nou tratament instituit în aceleaşi condiţiuni, le ar face să dispară din nou.

Cercetări în curs ne arată că pilocarpina poate fi şi un adjuvant eficace în tratamentul tbc. pulmonare.

*) Lucrare din Institutul de Anatomie Umană din Cluj-Sibiu şi Spitalul militar din Sibiu.

Victor Papilian, Das sympâtische System und die Stafylokokke infection Centra blatfür allg. Path Bd. 36 - 1925.

Victor Papilian şi o comisie. Sistemul vegetativ şi puterea opinică, Cluj, med. No. 7, 1939.

Scurtă privire asupra mijloacelor de diagnostic în tuberculoza osteo-articulară*)

de Dr. AT. IANĂŞ

Evoluţia clinică a tuberculozei osteo-articulare a determinat încadrarea ei în artritele cronice. Dealtfel, până de curând, tuberculoza osteo-articulară era socotită ca cea mai frequentă dintre artritele cronice şi împreună cu osteoartritele sifilitice şi reumatice, constituiau aproape întreg cadrul acestor afecţiuni.

Cu perfecţionarea radiografiei şi a altor mijloace de diagnostic, prin examene de laborator precum şi cu recunoaşterea exagerării temei de a ataca chirurgical un focar tuberculos în anumite condiţii, s'a ajuns a se preciza net locul pe care îl ocupă atât tuberculoza osteo-articulară, cât şi alte artrite a căror natură de curând a fost identificată: artrita cronică simplă, artrita viloasă, artrita deformantă etc.

Stabilirea unui diagnostic precis are importanţă deosebită în aceste afecţiuni de evoluţie şi pronostic variabile.

Dificultatea diagnosticului se observă în special la genunchi şi mai ales în vârsta adultă. O artrită cronică a genunchiului, cu un aspect clinic dat, recunoaşte factori etiologici şi patogenici cu totul diferiţi. Dar prima chestiune este: e de natură tuberculoasă sau nu? Pentru aceasta trebue să ne folosim de mijloacele următoare:

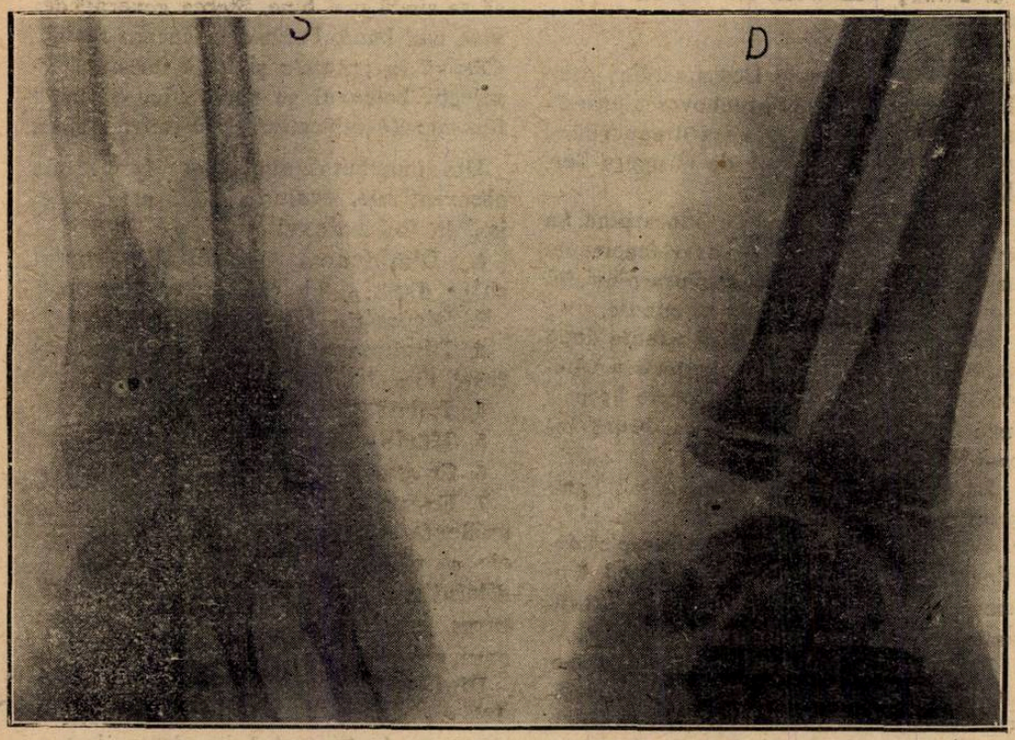


Fig. 1. — *Feod. U.* Osteo-artrită t. b. c. a gâtului mâinii stângi: decalcifiere difuză, flu articular; oscioarele carpiene se disting foarte vag, faţă de cele delsn âna dreaptă.

1. *Anamneza.* Aceasta dă primele indicaţii în cercetările noastre pentru stabilirea diagnosticului. Din 225 cazuri de tuberculoză osteo-articulară *Dromer* a găsit, în 36 la sută contagiune familiară sigură şi în 21 la sută contagiune mai puţin netă. Ereditatea similară osoasă se notează în 13,5 la sută.

Constatarea în antecedente, a unei maladii anergizante are importanţă deosebită.

2. *Examenul clinic.* Infăţişarea fizică, slăbirea, oboseala, uşoara temperatură sunt indicii utile, dar tuberculoza osteo-articulară poate surveni şi la copii cu aspect fizic înfloritor.

Din punct de vedere local, sunt simptomele unei artrite cronice: debut lent, durere de intensitate slabă, contractură musculară, limitarea mişcărilor, atrofie musculară, adenită satelită şi mai ales ridicarea temperaturii locale.

3. *Căldura locală,* perceptibilă numai la articulaţiile superficiale, este mai ridicată în tuberculoză decât în orice altă artrită cronică. Ea lipseşte în reumatismul cronic şi în artritele neinflamatorii (artrite deformante, post traumatice etc.).

4. *Probele cu tuberculină.* Cutireacţia la tuberculină şi mai ales intradermoreacţia, care după cercetările autorilor străini şi români *(Nasta, Răileanu, Panaitescu)* este mai sensibilă, consti

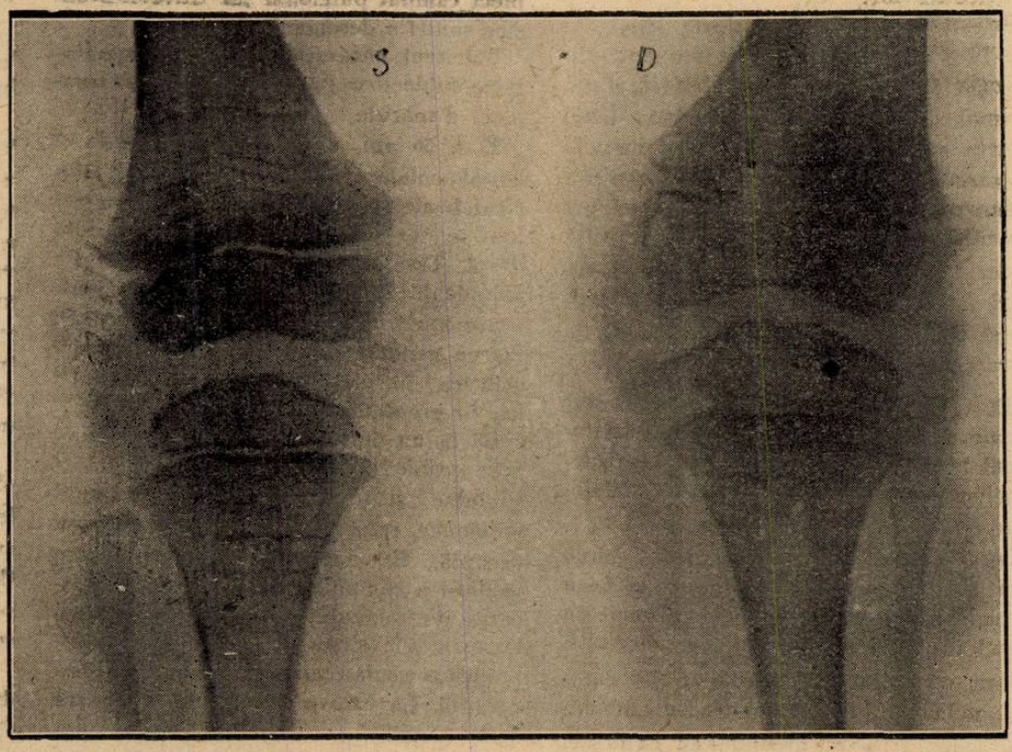


Fig II. — *Silviu N.* Osteo-artrită t. b. c. a genuchiului drept, în prima fază evolutivă: Diminuarea spaţiului interarticular, hipertrofia epifizei femurale, neregularităţi ale centrului epifizelor. Din cauza lichidului articular abundent, întreaga regiune apare mai opacă, mascând decalcifiera.

*) Lucrare din Sanatoriul Maritim Bugaz, Medic Primar Director *At. Ianăş.*

Noua etapă a terapeuticei sulfamidate

THIAZOMIDE

2090-R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI

Intrebuințarea Thiazomidei reduce numărul sulfamido-intoleranților și permite tratamente de scurtă durată cu posologii mai ridicate.

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.
Doza inițială zilnică: 4 la 8 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • VIIIe

Propaganda Medicală „SPECIA" Str. Anastasie Simu, 6 — București (III)

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAȚIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

tuesc probele ce definesc terenul tuberculizat. Ele exprimă starea de alergie a organismului. Cuti şi intradermoreacţia nu ne dau indicaţii asupra intensităţii infecţiunii tuberculoase, nici asupra benignităţii sau gravităţii, nici asupra localizărilor. Foarte interesante în rezultatele lor la copii, ele sunt de mare folos la adult, cu condiţia de a ţine seama de precocitatea şi tardivitatea apariţiei lor. Există unele stări în legătură cu inaptitudinea reacţională a pielii, care nu trebuie confundată cu anergia după unele boale. Astfel iradiaţia solară, iradiaţia cu ultra-violete. Acestea împedecă sau diminuă reacţia la tuberculină. Cutireacţia şi în special intradermoreacţia în diluţie de 1:10.000 — 1:1.000 pozitivă, dă indicaţie de bănuială, negativă mai ales după repetare la interval de câteva săptămâni, dacă se exclude starea de anergie, dă indicaţii cu probabilitate de 95 pentru 100, că pacientul nu este tuberculos, deci nici osteo-artrita nu este de natură tuberculoasă.

Injecţii subcutanate, cu tuberculină pentru a declanşa reacţii de focar nu se folosesc fiind periculoase şi nedând rezultate în precizarea diagnosticului.

5. *Reacţia de fixare a complimentului.* In special cercetările lui *Mezer* au arătat că la indivizii clinicește netuberculoşi, 16% aveau reacţii pozitive în timp ce cutireacţia era negativă. Deci această reacţie nu are importanţă în diagnosticul tuberculozei osteoarticulare.

6. *Reacţia lui Vernes, cu rezorcină* se bazează pe proprietatea ce o are rezorcina de a determina în unele cazuri de tuberculoză, zone de floculaţie diferite de cele obţinute cu serurile normale. Insă cercetările lui *Richard, Mozer* şi *Poidevin* arată că această reacţie prezintă o importanţă minimă. Pozitivă, ea constituie un semn important în sprijinul tuberculozei, după ce se exclude osteomielita. Ea însă nu este sensibilă, fiindcă în 75 la sută din cazuri de tuberculoză evolutivă, este negativă.

7. *Reacţia de sedimentare a globulelor roşii* nu are o semnificare specifică. Când este accelerată, ea indică prezenţa în organism a unui proces inflamator acut sau cronic. O reacţie foarte accelerată pledează pentru osteomielită şi contra tuberculozei, dacă se exclud complicaţii pulmonare, pleurale, renale etc...

Reacţia de sedimentare n'are valoare diagnostică faţă de artrita sifilitică, sinovita simplă.

8. *Examenul radiografic* este mijlocul cel mai sigur în diagnosticul artritelor mai ales cu sediul profund. Precizează diagnosticul Morbul lui Pott în 80 p. 100 din cazuri şi coxalgiei în 57 la sută. Radiografia transpune aproape exact leziunea articu-

Fig. 3. — *Elena N.* Coxalgie dreaptă în perioada de stare: decalcifiere difuză şi atrofie, lărgire cavităţi cotiloide şi destrucţia aproape completă a capului femural. S'a constituit o pseudartoză intracotiloidiană.

Fig. 4. — *N.* Decalcifiere puţin marcată: colul femural îngroşat, capul femural redus turtit, deşirămat, cu porţiuni mai opace, de narcoză, Spaţiul interarticular lărgit, nu micşorat. Este imaginea osteocondritei extremit. superioare a femurului.

lară, când este destructivă şi reprezintă echivalente speciale pentru forme de debut nedestructivă încă. Astfel, în perioada de început, de însemânţare, a osteomielitei tuberculoase avem următoarele semne radiologice:

1. Decalcifierea epifizelor, semn al rarefierii hiperemice difuză;

2. Diminuarea spaţiului inter-articular sau pensare articulară, datorită mai întâi contracturei musculare şi apoi ulceraţiei cartilagiului de încrustare.

3. Flu-ul contururilor articulare.

4. Neregularităţi ale cartilagiului de conjugare.

5. Hipertrofia epifizelor articulare prin excitarea creşterii de către toxina tuberculoasă.

6. Neregularităţi scuamoase ale contururilor articulare.

Pneumo-radiografia şi radiografia de contrast au aplicaţiuni rare, în unele cazuri de leziuni ale meniscurilor sau cartilagiului de încrustare. Tomografia este chemată să joace un rol important în precizarea leziunilor destructive, în special profunde, şi a sediului exact al lor.

Dar o radiografie negativă nu infirmă diagnosticul de tuberculoză osteo-articulară. In acest caz se pune în aplicare proba timpului şi totodată se imobilizează bolnavul urmând ca din lună în lună, să repetăm radiografia. Trebuie suspectat în acest sens osteo-condrita, osteomielita atenuată, durerile de creştere şi reumatismul, dar aceste ultime afecţiuni interesează mai multe articulaţii. Apoi artritele infecţioase, cu febră şi alură acută pot adesea simula o osteo-artrită tuberculoasă survenind imediat după o tifo-baciloză. Sifilisul articular are caracteristice radiologice: apoziţii periostice epifizare şi metafizare.

Osteomielita acută a adolescenţilor prin expresia ei clinică gravă cu debut brusc, cu localizare obişnuit metafizară, nu-şi pune amprenta radiografică decât după 15—20 zile dela debut, când alte fenomene clinice şi de laborator ajută la stabilirea diagnosticului.

Sarcomul epifizar se arată la început pe clişeu, ca o pată clară, cu margini estompate neregulate şi poate da loc la confuzie, dar interlinia articulară este normală şi nu există decalcifiere difuză.

Artrita post-traumatică simulează adesea tuberculoza articulară sau aceasta este agravată de traumatism. Artrita gonococică, cu debutul ei brutal, febril e caracterizată radiologic prin decalcifiere masivă şi limitată, nu difuză ca în tuberculoză.

Artrita hemofilică nu are semne proprii radiologice, ci probele de laborator, de coagulare şi sângerare care precizează diagnosticul.

In perioada de stare, pericada de destrucţie a tuberculozei osteo-articulare, diagnosticul este mai uşor pe fondul de flu articular, apar eroziuni ale epifizelor, zone de destrucţie, adesea cu mici sequestre înăuntru, cartilagiul articular pe cale de destrucţie, ulcerat, decolat. Decalcifierea este difuză,

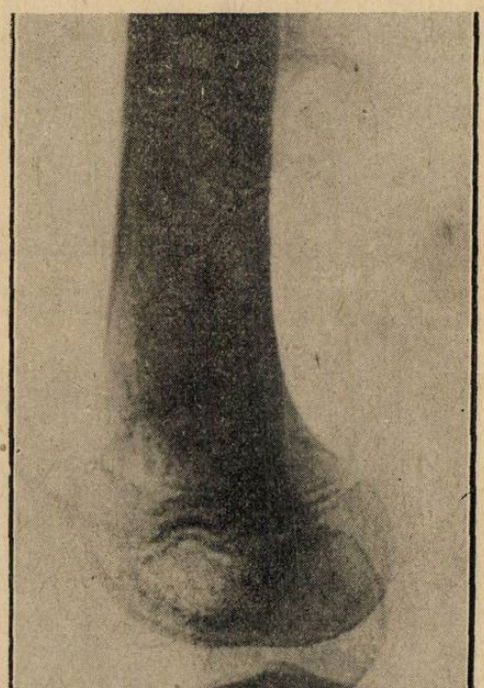


Fig. 6. — *Emil S.* Osteomielită cronică a metafizei inf. a femurului. Decalcifiere în pete, reacţie periostică, în partea posterioară luând forma unui pinten; evoluţia clinică cronică. Articulaţia genuchiului liberă.

corticala osoasă este atrofiată. Sifilisul osteo-articular terţiar prezintă pete clare, dar hiperostozele întovărăşesc întotdeauna aceste pierderi de substanţă osoasă.

Osteomielita, în faza cronică, de obicei eburnează osul; sunt zone de decalcifiere şi condensare; se văd margini de sequestre, umbre opace, cu contur net.

In acest stadiu, diagnosticul cu sarcomul este simplu. Tumora a distrus corticala şi a invadat părţile moi; se vede imaginea de «foc de iarbă».

9. *Probele de laborator* pot fi de o deosebită importanţă în formele de artrite cronice cu exudat. Din lichidul extras prin puncţia exploratoare se fac următoarele examene:

a). *Examenul citologic şi bacteriologic.* Excepţional se întâlneşte bacilul Koch în examen direct, în lichidul serofibrinos şi foarte rar în puroi. Citologic se constată predominenţa limfocitelor, dar când se face trecerea spre purulenţă se găsesc polinucleare.

b). *Examen după omogenizare* este un mijloc rapid, cerând câteva ore. Poate da rezultate în puroiul neinfectat provenit din prima sau primele puncţii. Cel mai simplu procedeu de omogenizare este cu soluţie de sodă 10 la sută. De obicei dă rezultate pozitive în 10 la sută.

c). *Culturile* de exudat se fac pe medii cu ore. Mediile cele mai mult folosite sunt ale lui *Petroff, Petragnani* şi *Löwenstein* care pare a fi cel mai sensibil. Coloniile de bacili apar în general, după *Mozer*, între a 14-a şi a 20-a zi. Puroiul neinfectat, dă pe aceste medii 96 la sută rezultate pozitive, lichidul de hidartroză 90 la sută. Noi credem că procentele sunt ceva mai mici.

Când puroiul tuberculos provine din fistule şi este infectat cu alţi germeni, el este tratat cu o soluţie de hidrat de sodiu 4 la sută sau acid sulfuric 10 la sută. După aceea se neutralizează şi apoi se însemânţează. In aceste cazuri rezultatele sunt mai puţin sigure.

d.) *Inocularea la cobai* este după cei mai mulţi autori mijlocul cel mai sigur de diagnostic al artritei tuberculoase cu exudat sau chiar fistuloasă. Câteva fragmente din curetajul unei fistule este deajuns a îmbolnăvi cobaiul inoculat, *Friedrich* şi *Knorr* cred că această metodă dă rezultate negative, în tuberculoza sigură, în 5 la sută din cazuri. *H. Sundt* afirmă că proba negativă la cobai n'are valoare definitivă. Explicaţia e dată de ordin general a lui *Payr*, că germenii în sinovitele infecţioase se fixează pe învelişul sinovial, în timp ce exudatul articular este un lichid de reacţie ce poate fi steril. Numai când sinoviala este profund alterată şi necrozată, atunci germenii pătrund în cavitatea articulară. Apoi se poate ca bacilii să fie prea puţini. După *Thöni* şi *Thaysen*, 300 bacili îmbolnăvesc rar cobaiul. In acelaş mod au explicat *Poncet* şi *Leriche* pentru ce 2/3 din cazuri etichetate clinic reumatism tuberculos au dat rezultate negative la cobai. Tehnica inocularii: 3-5 cmc. puroi intra-peritoneal, 5-10 cm. c. subcutanat inguinal şi aceasta la 2—3 cobai. Exudat sero-fibri-

Tratamentul sifilisului este o chestiune de încredere

Neosalvarsan

este preparatul arsenobenzenic preferat în toată lumea pentru combaterea sifilisului

Continuând lucrările în acest domeniu s'a descoperit

Solu-Salvarsan

Soluție stabilă, gata preparată pentru injecțiuni intravenoase și intramusculare. Controlat de stat din punct de vedere chimic, biologic și clinic ca și NEOSALVARSAN

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN a. Rh.

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREȘTI I. Str. Brezoianu 53, Tel. 3.92.86.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

nos 6—8 cm. c. intra-peritoneal şi 10—15 cm. c. subcutanat. După 6—8 săptămâni rezultatul se arată. Un rezultat pozitiv este hotărâtor, unul negativ impune aşteptare şi aplicarea altor metode.

10. *Biopsia ganglionară.* Metoda extirpării ganglionului satelit a articulaţiei bolnave a fost preconizat de *J. Valls.* După extirpare, se procedează la următoarele examene: 1. Examen direct; 2. Cultura pe mediul Löwenstein; 3 examen histologic; 4. Inoculare la cobai. Rezultatele sunt pozitive în 88,5 la sută în cazurile de artrite tuberculoase. Metoda este indicată în special în artritele fără exudat şi se poate executa la toate vârstele. Practicată la noi pentru prima dată de Dr. *V. Climescu,* metoda aceasta a fost adoptată de noi şi ne-a dat completă satisfacţie în peste 30 cazuri. Ganglionul a fost studiat anatomo-patologic şi inoculat la cobai. Inocularea s'a făcut după procedeul recomandat de *Lecène*: implantarea sub tegumentele regiunii vertebrale printr'o mică incizie, care apoi e reunită printr'o agrafă. Imbolnăvirea cobaiului survine în 4—5 săptămâni.

11. *Artrotomia exploratoare şi biopsia sinovialei.* Metoda aceasta este indicată în artritele cronice, fără exudat, în special ale genunchiului, artrite în care radiografia şi biopsia ganglionară n'au reuşit a stabili diagnosticul. Susţinută de *König, Friederich, Payr, Ludlof, Hibbs, Lăven, Smith,* etc. artrotomia exploratoare este o intervenţie care nu comportă nici un risc atunci când este aplicată la adult, în faza de inactivitate a boalei şi avînd grija de a elimina în prealabil artrita hemofilică. La copil trebuie să fim mai prudenţi şi s'o practicăm când textul tuberculinei repetat a fost negativ. In general e indicată în cazurile în care vîrsta leziunii şi a pacientului sunt propice rezecţiei sau artrodezei.

Dacă adesea examenul histologic al sinovialei recoltate a fost negativ, în timp ce artrita a evoluat ca o afecţiune tuberculoasă, aceasta se explică prin faptul că fragmentul recoltat nu face parte din zona sinovială bolnavă. Deaceea observaţia clinică ne ajută ca să fixăm exact locul artrotomiei şi deci regiunea de recoltat fragmentul de examinat, cultivat, inoculat la cobai. Astfel şi în condiţiunile expuse mai sus, artrotomia exploratoare rămâne ca cel mai sigur mijloc de diagnostic, al artritei cronice fără exudat.

H. Sundt, prin proba artrotomiei, a constatat că procentul diagnosticelor nesigure diminuă. Din 310 afecţiuni ale genunchiului, el găseşte 205 artrite tuberculoase şi 105 artrite netuberculoase dintre care 55 de cauză necunoscută.

Noi am practicat de multă vreme această metodă şi rezultatele le-am expus la Societatea de chirurgie, în 1934. Practicată până acum în peste 20 cazuri, artrotomia exploratoare ne-a adus sigure elemente pentru stabilirea, dacă artrita este tuberculoasă sau nu.

Din cele expuse mai sus, rezultă că diagnosticul tuberculozei osteo-articulare, mai ales în faza incipientă, este adesea foarte dificil şi trebue să ne folosim de mai multe mijloace pentru precizarea lui. Astfel: anamneza, examenul clinic, cuti-reacţia şi mai ales intra-dermo-reacţia la tuberculină; apoi examenul radiologic şi examenele de laborator: examenul citologic şi mai ales bacteriologic după homogenizare; cultura pe medii speciale şi inocularea la cobai, care constitue metoda cea mai sigură. Când exudatul articular lipseşte, biopsia ganglionului satelit şi în cele din urmă, biopsia sinovialei prin artrotomie, constituesc ultimele mijloace penru stabilirea diagnosticului. Artrotomia exploratoare trebuie aplicată cu multă prudenţă la copil şi anume când intra-dermo-reacţia la tuberculină, repetată, a fost negativă.

Sunt însă unele cazuri, puţine la număr, care nu pot beneficia de rezultatele examenelor expuse mai sus. In aceste cazuri, mai este o probă, proba observaţiei clinice timp de 6-8 săptămâni, în care interval trebuie să imobilizăm articulaţia, deci s'o tratăm ca fiind de natură tuberculoasă. După aceea repetăm examenele care sunt posibile şi în general reuşim a preciza diagnosticul.

Câteva consideraţiuni asupra bolilor venerice în timp de război

Constatări şi reflexiuni pe baza experienţei făcute la secţia dermato-venerică a spitalului Z. I. Nr. 348

de Dr. FL. SĂRAŢEANU şi Dr. M. DUMITRESCU-EMILIAN

Inmulţirea cazurilor de boli venerice şi în special de sifilis în timp de război este un fapt cunoscut. Experienţa trecutului nostru război este un fapt cunoscut. Experienţa trecutului nostru răsboi a confirmat această constatare şi frecvenţa din ce în ce mai mare a bolilor venerice a fost observată chiar şi în timpul concentrărilor cari au precedat actualul război.

O statistică a Clinicei Dermato-Sifiligrafice, Serviciul de Consultaţiuni dela Spitalul Colentina, comunicată *la Soc. Rom. de Dermatologie şi Sifiligrafie* de *d-ra Dr. C. Vasilescu,* în şedinţa din 18 Ianuarie 1941, a arătat de exemplu, că în ce priveşte sifilisul, mişcarea cazurilor a fost următoarea:

54 cazuri de sifilis primar şi 389 de sifilis secundar în 1938.

91 cazuri de sifilis primar şi 704 de sifilis secundar în 1939.

160 cazuri de sifilis primar şi 1032 de sifilis secundar în 1940.

Aceeaşi constatare rezultă şi din statistica Clinicei Dermato-Sifiligrafice pe 1941, care arată 168 cazuri de sifilis primar şi 1140 cazuri de sifilis secundar, cât şi din experienţa noastră având în vedere că cele mai multe cazuri pe cari le-am îngrijit în secţia dermato-venerică a Spitalului Z. I. au fost 348 de cazuri de sifilis.

De la 20 August 1941, când a luat fiinţă această secţiune şi până la 15 Decembrie 1941, s'au perindat 125 bolnavi venerici cu următoarea repartiţie:

74 cazuri de sifilis, din cari:
6 cu sifilis primar,
51 cu „ secundar,
4 cu „ terţiar
13 cu „ latent.
30 cazuri de şancru simplu, din cari:
19 cu şancru fără adenită
9 cu „ cu adenită
2 cu „ şi bubonocele.
11 cazuri de limfogranulomatoză Nicolas Favre, formă ganglionară.
10 cazuri de diverse alte boale ori afecţiuni: gonococii, balanită erozivă vegetaţii, ori diverse dermatoze: scabie, diverse piodermite: (furunculoză, ectime, etc.), coincidând cu o boală venerică.

După cum se poate vedea din acest tablou, primul loc, ca frecvenţă, îl deţine sifilisul, urmat apoi de şancru simplu ii de boala lui Nicolas şi Favre.

Majoritatea cazurilor ospitalizate, au fost de sifilis secundar florid, cele mai multe fiind cu erupţiune de primă izbucnire.

Interogarea stăruitoare a celor 125 de bolnavi aupra originei boalei lor venerice, a dus la rezultatul următor:

17 cazuri (13,6%) de contaminări de la prostituate înscrise (prostituate de bordel ori libere).

108 cazuri (86,4%) de contaminări de

la prostituate clandestine.

In ce privește identificarea femeilor contaminate, ca nu s'a putut face, cu toate stăruințele ce s'au depus.

* * *

Tratamentul bolilor venerice și în special al sifilisului în timp de război, necesită urgență și intensitate, pentru a vindeca cât mai rapid și a putea trimite astfel oamenii la unități, după o ospitalizare cât mai scurtă.

In ce privește sifilisul, am utilizat un tratament mixt arsenio-mercurial ori arsenio-bismutic, la care uneori am asociat și iodurul de potasiu. Ca medicamente am avut la dspoziție: neo salvarsan, cianur de mercur și iodobismutat de chinină.

Tratamentul mixt cu neosalvarsan și cianur de mercur l-am aplicat în special în cazurile de sifilis recent primar ori secundar de primă izbucnire, doza globală de neosalvarsan fiind în genere de 8-10 ctgr. pe kilocorp, iar cianurul de mercur fiind adminstrat în cantitate de 1½ ctgr. pe injecție, la 2 zile una, în număr de aproximativ 20 injecțiuni pentru o serie.

Tratamentul mixt arsenio-bismutic l-am aplicat în cazurile mai vechi cu leziuni de recidivă, precum și în cazurile de sifilis latent, având în vedere că singurul preparat bismutic pe care l-am avut la dispoziție era un preparat insolubil, cu acțiune mai lentă.

Am fi preferat desigur un preparat bismutic hidro — ori lipo — solubil, acesta având o acțiune mai rapidă, care ar fi cadrat mai bine cu caracterul de urgență al terapeuticei sifilisului în timp de războiu.

Iodurul de potasiu, administrat «per os», l-am asociat tratamentului de fond în câteva cazuri de sifilis terțiar, într'un caz de sifilide papulo-hipertrofice a căror rezoluție ceda foarte lent prin tratament arsenio-bismutic și într'un caz de sifilom primar unde indurația exuberantă a bazei întârzia de asemenea să dispară prin tratament arsenio-mercurial.

Neosalvarsanul a fost bine suportat, ceeace e explicat de faptul că bolnavii erau tineri și cu organismul sănătos. N'am putut constata în cursul administrării acestui preparat arsenical nici un accident mai important.

Aceeași constatare s'a putut face și pentru cianurul de mercur și pentru iodobismutatul de chinină.

In terapeutica șancrului simplu am utilizat ca tratament local băi fierbinți locale, zilnice și cauterizări cu fenol (fenol cristalizat 9 grame, alcool la 96°, 1 gram). Patru-șase cauterizări cu fenol au fost în genere suficiente pentru a transforma leziunea șancroasă în rană simplă. Din acest moment, leziunea a fost tratată fie cu soluțiunea Mouradian (tra. re iod 2 grame, Guaiacol 1 gr., eter iodoformat 10%, 30 grame), fie cu o pomadă iodoformată.

In cele mai multe cazuri s'a administrat și un tratament general sub formă a 6-12 injecții intramusculare de vaccin antistreptobacilar Nicolau-Banciu, la 2 zile una.

Cazurile unde s'a aplicat vaccinoterapia antișancroasă au cedat mult mai repede decât acela unde s'a întrebuințat numai un tratament local.

Valoarea vaccinului s'a putut constata de asemenea în cazurile complicate cu bubonocele și adenite. Adenitele incipiente au retrocedat sub tratamentul prin vaccin, iar cele deschise fie în mod natural, fie prin intervenție, nu s'au șancrizat.

Vaccinul a fost bine suportat, fără dureri și febră. Arare ori el a dat însă și reacțiune febrilă cu temperatură mergând chiar până la 40°, dar dispărând până a doua zi. Cum reacțiunea febrilă nu s'a manifestat regulat la acelaș bolnav după fiecare injecție, ci în mod izolat, celelalte injecțiuni, fie anterioare, fie posterioare, nefiind însoțite de febră, faptul nu poate fi explicat decât prin introducerea din greșeală a unei oarecare cantități de vaccin într'o venulă a regiunii.

In cele 11 cazuri de limfogranulomatoză ospitalizate, am întrebuințat în unele cazuri injecțiuni cu Faudin, în altele injecțiuni cu Anthiomalin, iar altele numai un tratament «per os» cu sulfamide. Sulfamidele pe cari le-am avut la îndemână, puse la dispoziție de M. S. O. S. a fost Dagenan-ul și Eleudron-ul.

Cazurile tratate nefiind prea multe, nu putem trage o concluzie definitivă, însă impresia căpătată este în sensul că sulfamidele constituesc până în prezent unul din cele mai eficace tratamente și destul de bine suportat, al limfogranulomatozei Nicolas-Favre.

* * *

Ca tratament local am întrebuințat soluția iodoformată Calcit, care a ajutat la vindecarea mai rapidă a adenopatiilor limfogranuloase.

Bolnavii venerici ospitalizați în spitalul Z. I. nr. 348 au fost trimiși de la diverse unități ori de la alte spitale de specialitate cari pentru moment nu aveau locuri libere.

La eșirea lor din spital s'a trimis în mod confidențial medicului P. S. dela unitatea respectivă datele cari priveau bolnavul (timpul de ospitalizare, diagnosticul, tratamentul administrat, rezultatele serologice, data când trebuia să reia tratamentul, etc.)

Mulți dintre bolnavi, căzuți victimă ignoranței lor despre pericolul bolilor venerice, ar fi vrut să știe mai mult despre boala lor și urmările ei, despre tratamentul pe care îl mai aveau de făcut, etc. Li s'au dat toate indicațiunile cerute, dar cu această ocazie s'a resimțit lipsa unui carnet care să rămâe la bolnav, și unde pe lângă toate datele cari priveau bolnavul, din timpul ospitalizării sale, să fi fost tipărite și sfaturi referitoare la îngrijirea boalei lui, la consecințele pe cari le-ar putea avea aceasta din punct de vedere personal, familial și social în caz că neglijează tratamentul, etc.

* * *

Lupta antivenerică în timp de război nu se poate limita numai la ospitalizarea și tratarea cstașilor bolnavi. Ea trebue să aibă în vedere, în prima linie, măsurile profilactice necesare pentru prevenirea bolilor venerice, atât în populația militară și militarizată, cât și în cea civilă.

O primă problemă care se pune este descoperirea și înlăturarea surselor de contagiune. Din experiența actualului război, ca și din etperiența trecutelor războaie, rezultă că cele mai multe dintre aceste surse sunt reprezentate de prostituția clandestină.

In toate războaele, autoritățile de resort au intensificat măsurile de combatere a prostituției în general și a celei clandestine în special. Cu toate aceste greutăți, descoperirea și înlăturarea surselor de contagiune, indiferent categoria lor, rămâne unul din principalele obiective ale luptei antivenerice.

O altă problemă a luptei antivenerice o constitue profilaxia individuală în mediile militare și militarizate. Este o problemă de cea mai mare importanță, care în unele armate străine a fost rezolvată prin posturi de desinfectare individuală și prin case de toleranță sub control militar, accesibile numai militarilor.

Din punct de vedere al izolării și tratării bolnavilor venerici contagioși, **centrele venerice sau dermato-venerice** sunt absolut necesare pentru că numai în aceste centre se pot izola bolnavii sub o strictă supraveghere și se poate aplica o terapeutică corectă pe baza unui diagnostic precis. Simplele secțiuni venerice din spitalele mixte, deși utile, sunt poate mai puțin indicate, deoarece neavând dotațiunea centrelor, prezintă lipsuri cari stânjenesc scopul urmărit.

Problema bolilor venerice în timp de război prezintă deci fețe multiple și de cea mai mare importanță, necesitând o combatere cu maximum de mijloace. Această conduită este cu atât mai mult justificată, cu cât unele dintre aceste boli, cum este de exemplu sifilisul, supraviețuesc războiului și pot avea consecințe nu numai pentru individ, ci și pentru familie și societate.

AUXO — BENZOTERAPIA PULMONARA

Benzocalcium

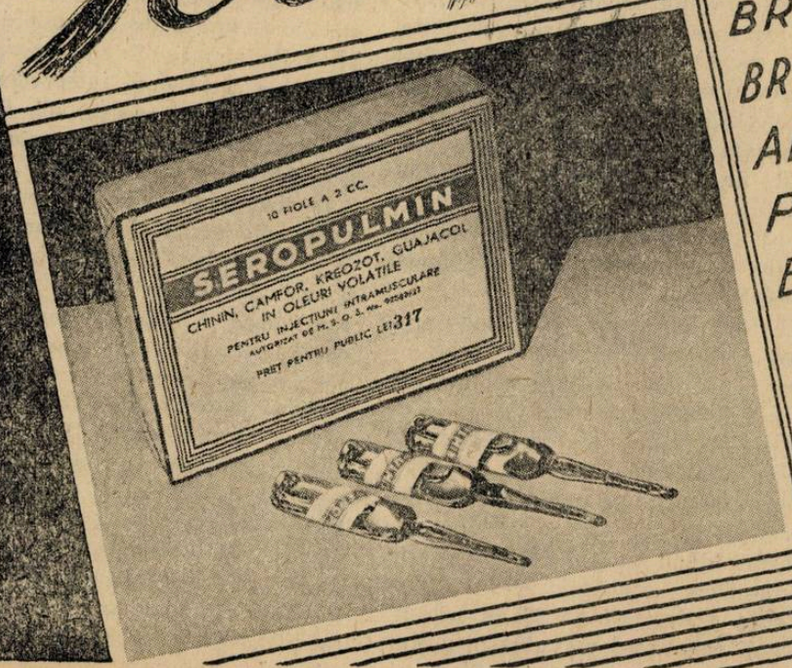
INDICAŢIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice
Infecţiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE: 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.
Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc.

Cooperativa Uzinele Sanitare «PAULESCU-GEROTA ŞUMULEANU» Calea Griviţei 67. Telefon 4.98.08

Seropulmin



BRONCHO-PNEUMONII
BRONŞITE ACUTE ŞI CRONICE
AFECŢIUNI PULMONARE-
POST OPERATORII
BRONCHECTAZII
PNEUMONII
TUSE CONVULSIVĂ

COOPERATIVA UZINELE SANITARE
„Paulescu-Gerota-Şumuleanu"
Calea Griviţei 67. Telefon 4.98.08

Ocluzia intestinală, prin dolico colon pelvian torsionat

de Dr. GH. TOMOŞOIU
Medic Sec. Chirurg. Spit. Beldiman Bârlad

Volvulusul colonului pelvian este cea mai frecventă dintre torsiunile intestinale.

Leichtenstern pe 76 torsiuni intestinale întâlneşte 45 pe colonul pelvian, ceia ce ar constitui un procent de 40% din ocluziuni în general.

Pe 471 cazuri de volvulus al intestinului gros întâlnite de Guibé, se găsesc 235 pe colonul pelvian, adică un procent de 50%. Noţiunea de vârstă, este considerată ca foarte importantă şi este clasic de a înfăţişa volvulusul, ca apanajul bătrâneţei. Totuşi această noţiune este falsă după unii autori, astfel:

Leichtenstern pe 34 cazuri găseşte 20 între 45—50 ani, iar Liébout găseşte din 11 cazuri, 7 cazuri între 23—39 ani şi numai 4 între 49—60 ani.

Kredel şi Pescatore citează cazuri de volvulus al colonului pelvian întâlnite la copii şi chiar la sugaci.

După statistici rezultă că volvulusul este mai frecvent la bărbat de cât la femee (14 bărbaţi la două femei Liébout).

Intre alte noţiuni etiologice se notează constipaţiunea cronică, distensiunea cauzată de gaze, eforturile abdominale bruşte, sau un raumatism şi în fine anumite regimuri alimentare.

Colonul pelvian nu este susceptibil de a se torsiona în jurul său, de cât dacă prezintă o anumită lungime şi dacă are un mezou suficient de lung, care să-i permită o mobilitate apreciabilă. Courschmann, Budberg, Koch, Leichtenstern, au insistat în mod deosebit asupra acestui punct.

Nici constipaţia, nici greutatea materiilor fecale acumulate în ansa colică, nu sunt capabile de a o lungi în cât ea să ajungă la dimensiunea de 76 cm. cum este aceea din observaţia lui Esaŭ.

Această ansă colică, foarte lungă şi foarte mobilă nu este de cât o formă evolutivă a colonului pelvian (Cl. von Sanson, Pierre Duval) deci un fel de malformaţiune congenitală. Se ştie că colonul pelvian este o ansă colică în plină evoluţie morfologică, tipul către care ea tinde, fiind ansa scurtă, cu mesou scurt, plasat în partea stângă a basinului.

Celelalte forme (colon omega, ansă sigmoidă, S iliac) nu sunt de cât stadii evolutive. Formele lungi şi mobile sunt tipurile foetale şi infantile.

Jacobi şi Marfan au atras atenţia de mult asupra faptului că lungimea şi sinuositătile anormale ale colonului ilio pelvian sunt o cauză importantă a constipaţiei cronice.

Forma anatomică a colonului pelvian este deci faptul esenţial în producerea volvulusului pelvian.

Pentru volvulusul colonului pelvian, este o predispoziţie congenitală la fel ca şi pentru volvulusul caecului. Vom înţelege cu atât mai mult frecvenţa volvulusului în megacolon şi dolicocolon, malformaţiuni cari realizează tipul de ansă voluminoasă, precum şi mesosigmoidita retractilă realizând apropierea celor două picioare ale ansei strangulate.

Cauza predispozantă este în primul rând constipaţia obişnuită care distinde ansa şi paralizează peristaltismul, iar cauza ocazională a volvulusului, este în totdeauna o mişcare bruscă, sau un efort care provoacă o deplasare a organelor abdominale.

Nu voiu insista asupra simptomatologiei care este aceea a ileusului mecanic bine cunoscut şi nici asupra diagnosticului care este uşor de făcut.

Un fapt care trebuie relevat este chestiunea recidivelor, care în volvulusul colonului pelvian sunt destul de frecvente şi de acest fapt va trebui să ţinem seamă în totdeauna în alegerea procedeului operator.

In adevăr, simpla laparotomie şi detorsionarea ansei strangulate, este în general insuficientă, întru cât ne lovim de două dificultăţi. In primul rând ansa torsionată este considerabil dilatată, plină de materii fecale şi de gaze cari împiedică detorsionarea şi în special se opune la reintroducerea ansei în abdomen; în al doilea rând detorsiunea simplă poate fi urmată la un scurt interval de recidivă.

Contra primului inconvenient s'a propus a se face golirea ansei volvulate. Contra recidivei volvulusului, au fost preconizate mai multe procedee de valoare inegală. In primul rând detorsiunea urmată de colopexie procedeu preconizat de Nussbaum, Roux, Roser, Pikin.

Un alt procedeu este detorsiunea urmată de anastomoză: (ileo sau caeco sigmoidostomie).

Şi în fine detorsiunea cu plastie permiţând multiple tehnice.

Dar procedeul care pare cel mai sigur, este detorsiunea simplă urmată de rezecţie, propusă deja de Obalinski încă din anul 1885.

Această rezecţie se poate executa într'un timp, sau în doi timpi, aceasta din urmă dând mai multă securitate. Dacă studiem rezultatele cari au fost publicate, vedem că pe 28 de bolnavi vindecaţi de primul volvulus prin simplă detorsiune, au fost 13 recidive şi o operaţie complimentară a trebuit să fie din nou practicată. Din contră rezecţia a permis să se înregistreze vindecări definitive în proporţie de 80—90% din cazuri.

Un caz particular este următorul caz de ocluzie prin volvulus al colonului pelvian, operat în secţia chirurgicală a Spitalului Beldiman din Bârlad, recidivat a două oară după două operaţii anterioare şi la cari am aplicat ultima dată rezecţia într'un timp. Este vorba de bolnava S. T. de 62 ani din comuna Pueşti jud. Tutova, care vine în secţia chirurgicală în ziua de 24 Iunie 1941 cu fenomene de ocluzie intestinală în a 4-a zi de boală. Este operată de urgenţă sub anestezie locală: operator Dr. Tomoşoiu, asistent d-ra Chirica. Se face laparotomie mediană subombilicală, se dă imediat peste ansa colonului pelvian enorm destinsă, o exprimăm în afara abdomenului, o detorsionăm şi o golim de conţinut. Ne dăm seama imediat că aveam deaface cu un colon pelvian malformat, cu un dolicocolon. Totuşi ţinând seamă de starea de şoc a bolnavei, şi de vârsta ei înaintată, ne mulţumim cu acest procedeu paleativ. Pacienta pleacă vindecată per primam în a 9-a zi dela operaţie.

La data de 14 August 1941, adică după o lună dela prima intervenţie, bolnava revine cu aceleaşi fenomene de ocluzie ca şi prima dată. O operăm de urgenţă tot sub anestezie locală, operator Dr. Tomoşoiu, asistent d-ra Chirica. Se practică aceeaşi laparotomie mediană subombilicală, ducându-ne direct la obstacol pe care îl suprimăm, iar de data aceasta după detorsiune şi golirea ansei, procedăm la executarea unei colopexii. Bolnava părăseşte din nou Spitalul în ziua de 24 August 1941, adică în a 10-a zi de la operaţie, fiind vindecată.

La data de 5 Ianuarie 1942 adică după 5 luni dela a doua intervenţie, bolnava revine cu aceleaşi fenomene de ocluzie. Fiind femee muncitoare dela ţară şi probabil din cauza eforturilor fizice şi a tracţiunei exercitate de ansa destinsă şi plină de materii fecale, pexia cedase. Pentru a treia oară intervenim de urgenţă, de data aceasta sub Rachinovocaină. Operator Dr. Tomoşoiu, asistentă d-ra Chirica.

In timpul deschideri peretului abdominal, din cauza aderenţelor căpătate de la primele două intervenţii, este ciupită o ansă de intestin subţire care se sutureză imediat în două planuri. La deschiderea peretelui abdominal, se constată aceeaşi ansă a colonului pelvian enorm destinsă şi torsionată. Verificăm în adevăr că pexia cedase. De data aceasta după detorsiune şi golirea ansei, am procedat la rezecţia ansei colonului pelvian, urmată de anastamoză cap la cap în trei planuri. Ansa rezecată avea o lungime de 54 cm. Am drenat cu tub şi Mickulicz şi bolnava a avut un mers postoperator satisfăcător plecând vindecată după 20 de zile dela operaţie.

In Insomnie, Nervositate, Nevralgii

CEREBROSAN

Sirop

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Tratament de întreţinere în cholecistopatii

HERBACHOL „Sapic"

CEAIU

Asociaţie de plante medicinale cu acţiune blândă choleretică, cholagogă, antiflogistică şi calmantă.

Indicat în

Cholecistopatii subacute şi cronice

Cholelitiază

In Hiperaciditate Gastrită hiperacidă

Ulcer stomacal şi duodenal

ANTACID „Sapic"

ANTACID cu Belladonna

Alcalinoterapie combinată (alcaline uşor şi greu solubile, pentru a întreţine aciditatea fiziologică în stomac)

Mostre şi literatură trimite la cerere:
Departamentul ştiinţific
«SAPIC»
Bucureşti VI, Str. Cazărmei No. 89.

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol. Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3–4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sterturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

Asupra tratamentului vaginitelor prin aplicaţiuni locale de sulfamide*)

de Dr. MARIA ALEXIU şi Dr. ZOE NICULESCU

Vaginitele constituesc unul din capitolele patologiei în care deşi s'a descris de mult tabloul clinic şi s'au cunoscut factorii patogeni care le provoacă, terapeutica a rămas încărcată de o profuziune de preparate. Acestea în afară că fac din viaţa pacientei un calvar dar pun şi pe ginecologul practician în faţa unor nevindecări rebele sau în cel mai bun caz în faţa unei recidive.

Orice contribuţie deci la tratamentul acestor afecţiuni este binevenită. Astăzi, când tendinţa medicinei este să treacă definitiv de pe terenul empirismului pe acel al raţionalului, acest capitol de patologie are de câştigat din soluţionarea unor probleme de ordin general ca aceea a terenului predispozant, a factorilor constituţionali în determinarea infecţiunilor, a explicării mecanismului intim tisular al inflamaţiunei, etc.

Multă vreme vaginul a fost considerat ca reprezentând o parte din tractusul genital care serveşte la coabitaţie şi la expulzia fătului. In urma studiilor histologice ale ultimilor decenii, declanşate de cunoaşterea amănunţită a funcţiunilor ovariene, s'a stabilit că împreună cu restul aparatului genital vaginul suferă modificări ciclice.

Ciclul ovular este succesiunea de procese fiziologice care are de scop pregătirea unei ovule mature pentru fecundare şi protejarea acesteia în cazul când a fost fecundată (prin corpul galben în prima jumătate a sarcinei).

Paralel şi dependent de procesele ovariene mucoasa uterină prezintă deasemenea modificări cari reprezintă de fapt pregătirea ei pentru implantarea oului fecundat (ciclul menstrual).

O serie de cercetători au descris şi în vagin un adevărat ciclu vaginal, care la femee prezintă faze clare şi caracteristice deşi nu atât de pronunţate ca la rozătoare. (Dirks, Puccioni, Adler, Nürnberger, etc.).

Cercetările bazate pe examenul frotiurilor vaginale au contribuit deasemenea la clarificarea acestei probleme. (Papanicolau, Allen, King, Ramirez ş. a.) Murray în 1938 bazându-se tot pe această metodă a frotiurilor a ajuns la rezultatele că ciclul normal vaginal la femeia adultă constă din două faze: faza foliculinică şi faza luteinică. In timpul primei faze straturile superficiale se regenerează şi se diferenţiază. In timpul celei de a doua are loc o proliferare vie în stratul bazal sau germinativ precum şi în stratul spinos. S'a stabilit astfel definitiv că mucoasa vaginală este supusă acţiunei proceselor funcţionale care au loc în mod ciclic în aparatul sexual.

Pe de altă parte s'a găsit în mucoasa vaginală glicogen depus în întreg epiteliul stratificat. In cantitate abundentă s'a găsit şi la noua născută ca apoi să se reducă aproape complet până aproape de pubertate. Există un maximum în tot timpul perioadei sexuale, iar în menopauză glicogenul scade pe măsură ce atrofia vaginală se accentuiază. — Semnificaţia acestei substanţe s'a explicat ca fiind necesară pentru crearea şi menţinerea unui mediu vaginal, adică a unui pH fiziologic, favorabil bunei funcţionări a acestui organ. Glicogenul prin fermentaţia lui glicolitică va da naştere unui produs de descompunere: acidul lactic, care creiază şi menţine aciditatea mediului vaginal al femeiei adulte şi sănătoase. Prin urmare secreţia vaginală are o reacţie net acidă cu un pH 4,0. Prin scăderea sau dispariţia glicogenului reacţia mediului vaginal se alcalinizează. Această alcalinitate poate atinge un pH 7,8.

Dacă facem acum legătura între prezenţa glicogenului şi modificările suferite de aspectul epiteliului vaginal atât în toate perioadele vieţei cât şi chiar în timpul perioadei sexuale se poate stabili că această prezenţă este legată de starea de repaos sau de proliferare adică de stadiul funcţional al mucoasei. Numai epiteliul pavimentos stratificat conţine cea mai mare cantitate de glicogen. Dispariţia lui poate fi realizată în două moduri unul normal şi altul patologic. Starea de repaos a mucoasei vaginale creată de copilărie sau de menopauză implică un epiteliu redus la câteva straturi de celule lipsite de glicogen. Aceiaş stare de lipsă a glicogenului poate fi realizată la femeia adultă de o alterare a trofismului pereţilor vaginali, cu alte cuvinte prin modificări funcţionale în histochimismul epiteliului.

Ori dacă ne întoarcem la datele de histofiziologie a mucoasei vaginale ne reamintim de dependenţa lor de funcţionarea integră a aparatului ovarian. Mai amănunţit putem spune că ea va oglindi metabolismul normal sau alterat al hormonului folicular-foliculina. (Dealtfel această sensibilitate receptivă a epiteliului vaginal la prezenţa foliculinei a fost utilizată la rozătoare de Allen şi Doysi ca test pentru acest hormon).

Cunoscând condiţiunile de desvoltare şi de viaţă a bacililor cari reclamă prezenţa unui mediu a cărui pH este variabil după diferitele specii putem explica şi modificările florei bacteriene vaginale. La femeia adultă un mediu acid dă posibilitatea de desvoltare unei flore de bacili în speţă bacilii lui Döderlein. S'a vorbit chiar de o simbioză între aceşti bacili şi peretele vaginal. — Din contră un mediu alcalin va fi favorabil desvoltărei unei flore mixte de coci, cunoscuţi în general ca floră de supuraţie Ori am văzut că odată cu scăderea glicogenului deci şi a produşilor de fermentaţie — acidul lactic — este dela sine înţeles că dispariţia florei de bacili caracteristică mediului acid va fi înlocuită de invazia florei mixte de coci.

După această scurtă recapitulare a fiziopatologiei vaginale, mecanismul producerei vaginitelor cari survin fie la fetiţă, fie la femeia adultă, fie la menopauză apare foarte clar. — O mucoasă cu alteraţiuni trofice prin carenţă de hormon folicular va fi predispusă la invazia unei flori de supuraţie de care se va apăra cu destulă greutate.

Din această limpede înţelegere a patogeniei se poate deduce o terapeutică raţională. Fie generală şi cauzală, adică modificând trofismul ţesuturilor prin introducerea în organism de folículină în doze necesare refacerei unui epiteliu cu caractere normale, — fie locală indirectă modificând mediul vaginal prin aplicaţiuni locale de substanţe acide, reducând astfel posibilităţile de desvoltare ale florei de coci, — fie adresându-se direct florei vaginale, factorul producător al fenomenelor de inflamaţiune ale mucoasei. Dealtfel în această categorie de mijloace terapeutice pot intra nenumăratele forme de antiseptice utilizate atât în ginecologie cât şi în practica de toate zilele a higienei intime femeeşti. Deşi întrebuinţarea acestei din urmă armă terapeutică apare empirică faţă de tratamentul general sau local care se adresează cauzei primare, totuşi

*) Lucrare din Institutul de Maternitate Regina Elisabeta Bucureşti.

bine aplicat el trebue luat în consideraţie atât pentru faptul că e mai puţin costisitor dar nu implică intervenţia continuă a medicului.

Una din marele victorii ale ultimului deceniu în domeniul terapiei fiind utilizarea sulfamidelor în combaterea maladiilor bacteriene, în special datorite cocilor, aplicaţiunea acestor substanţe în domeniul ginecologiei trebuia luată în seamă.

Pornind dela faptul că factorii patogenici ai vaginitelor sunt în majoritatea cazurilor coci, am hotărît să observăm dacă aplicaţiunile locale de substanţe colorante ne dau rezultate tot atât de apreciabile şi constante în această afecţiune.

Forma administrată a fost o soluţie glicerinată de rubiazol 5% (Colubiazol). Soluţia a fost aplicată în badijonaje şi în cazuri mai grave în pansamente locale de 24 ore.

Au fost astfel tratate 40 cazuri de vaginită dintre care 30 femei tinere, şi 10 în menopauză. Majoritatea bolnavelor s'au prezentat la consultaţiuni cu următoarele simptome: prurit şi usturimi vulvare, scurgeri abundente, fetide, de culoare galbene-verzue, dispareunie. La examenul organelor genitale externe prezentau semne de iritaţie fie prin grataj, fie prin abundenţa scurgerilor. Vestibulul de culoare roşie stacojie, uneori cu mici eroziuni superficiale, la cele în menopauză aceste leziuni fiind agravate şi de semne de atrofie senilă. Examenul cu speculul extrem de dureros, e dificil prin spasme vaginale fie printr'un oarecare grad de atrofie a tecei vaginale, chiar la cele tinere. Suprafaţa epitelului vaginal era acoperită de o secreţie purulentă galben-verzue, alteori albă brânzoasă. După îndepărtarea secreţiei mucoasa vaginală apărea ca o întinsă eroziune superficială. Pliurile vaginale erau uneori edematiate, alteori din contră şterse cu caracter atrofic; mucoasa sângera uneori prin extinderea provocată de specul. In majoritatea cazurilor se observă granulaţii de mărimea boabelor de mei predominând pe cupola vaginului.

Reacţiunea secreţiei este alcalină, mai rar neutră. Examenul citologic arată elemente epiteliale din straturile profune ale mucoasei, ceeace indică lipsa stratului funcţional. Examenul bacteriologic arată mai totdeauna coci gram pozitiv, uneori gonococi, colibacli şi leucocite în abundenţă.

După curăţirea mucoasei de secreţiune cu un tampon de vată s'a badijonat întreg epiteliul vaginal cu o soluţie glicerinată de rubiazol (Celubiazol). In cazuri mai grave am lăsat un tampon cu soluţie 24 ore. Minimum de badijonaje au fost 5, maximum 12 Chiar după primele badijonaje se observă revenirea epiteliului la un aspect normal, încetarea secreţiilor. Reacţiunea secreţiilor a devenit în foarte scurt timp acidă.

Pentru a nu fi induşi în eroare că aceste rezultate pot fi în largă măsură datorite glicerinei a cărei acţiune decongestionantă se cunoaşte, am întrebuinţat câteva cazuri martori, badijonate cu glicerină pură. Deşi secreţiile au fost modificate prin aceste badijonaje zilnice şi fenomenele subiective uşor ameliorate, starea mucoasei a rămas aproximativ în aceiaşi stare.

Multe paciente au revenit cu recidive după un interval de timp între 14 şi 30 zile. Era vorba însă de femei a căror situaţie socială nu le permite întreţinerea acestei vindecări prin irigaţii cu aceleaşi substanţe cel puţin odată până la două ori în fiecare săptămână.

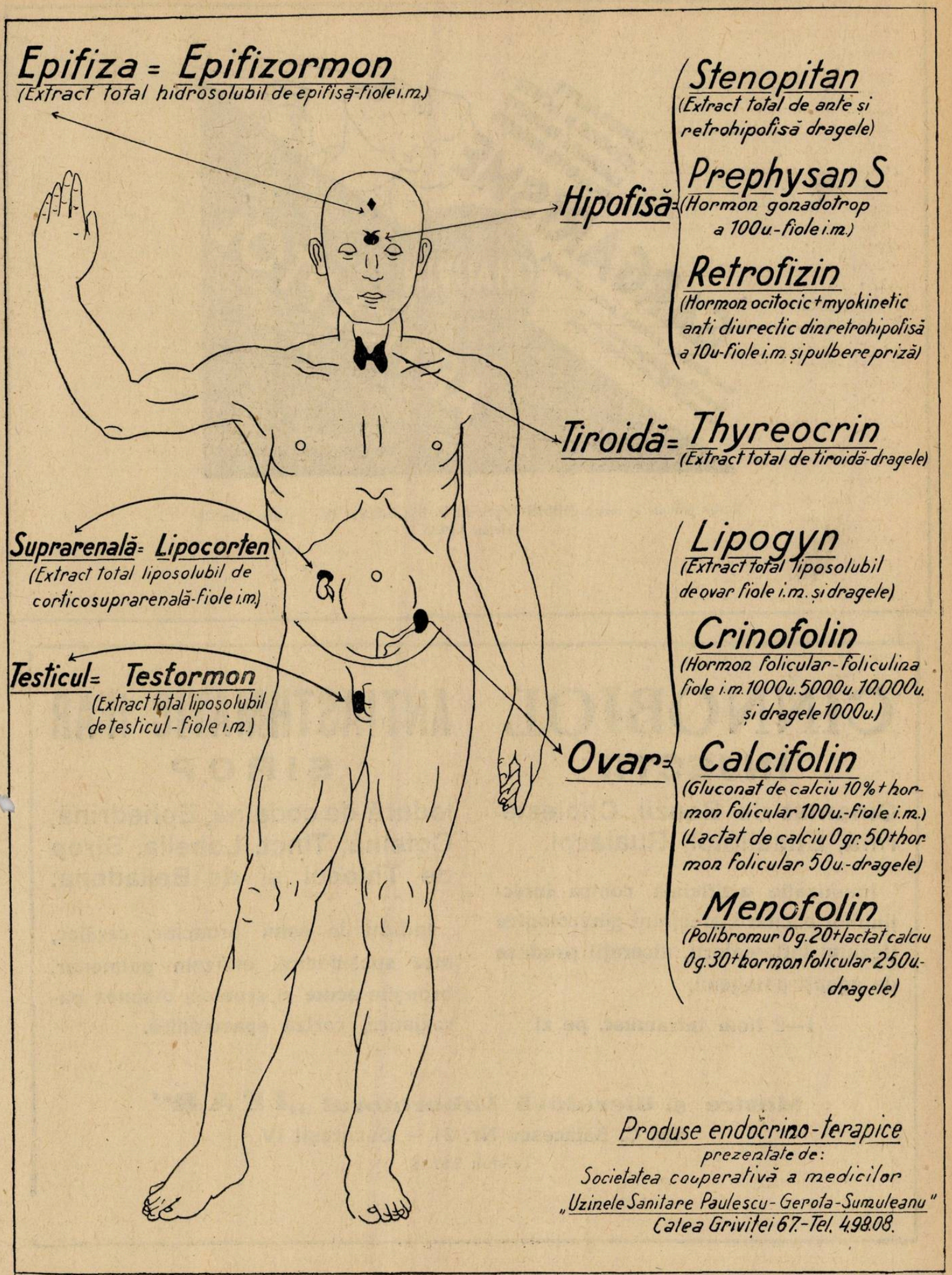
Rămâne să ne întrebăm care este mecanismul acţiunei sulfamidelor asupra florei microbiene vaginale. Poate fi vorba de modificări histochimice ale ţesuturilor în contact cu substanţa colorantă punându-le în posibilitatea de a se apăra prin reducerea virulenţei bacteriilor sau prin creşterea în organism a principiilor de distrugere a elementelor microbiene. In cazul vaginitelor ar putea fi vorba de acea activitate bacteriostatică netă a sulfamidelor pe care unii autori au găsit-o chiar în vitro proporţională cu activitatea terapeutică clinică. Cu alte cuvinte florei bacteriene i s'ar reduce nocivitatea printr'un fel de fixare a bacteriilor prin colorant. In acest mod ţesuturile îşi pot stabili posibilităţi de apărare.

Pentru ilustrarea acestei prezentări redăm trei din cele mai demonstrative foi de observaţie ale cazurilor tratate în serviciul nostru.

C. A. 25 ani, fişa No. 107, se plânge de leucoree abundentă, mirositoare, prurit. Menstruată la 15 ani neregulată, dureroasă. Două sarcini la termen. După ultima vaginită neisseriană, tratată timp îndelungat dar care n'a cedat decât la tratament complimentar cu foliculină. Revine cu recidiva vaginitei după 6 luni dela tratament. Examenul local: vestibulul de culoare stacojie, cu mici ulceraţii superficiale. Examenul cu speculul foarte dureros. Mucoasa vaginală acoperită de o secreţie mucopurulentă, verzue se prezintă ca o ulceraţie superficială, care sângerează, de culoare roşu viu. Examenul secreţiilor din punct de vedere al florei bacteriene: floră banală de coci. Elementele epiteliale de tip al straturilor profunde. Ph alcalin. Se fac aplicaţiuni cu colubiazol sub formă de pansament. Dela al treilea pansament vaginal epiteliu vaginal apare cu tendinţă la normalizare. Fenomenele subiective au cedat mult. Se continuă cu badijonaje simple şi se constată după 10 zile de tratament mucoasa cu caracter normal, secreţiile reduse la normal, Ph acid.

Obs. 2 T. C. 22 ani, fişa nr. 1783, menstruată de 17 ani, neregulat, dureros. O sarcină la termen cu 6 ani înainte. De atunci sterilă, turburări subiective: ameţeli, tendinţă la leşin, migrene. Vine la consultaţii pentru scurgeri abundente, verzui, dispareunie, Ex. genital: vestibulul cu ulceraţii superficiale, se scurge din el o secreţie abundentă, purulentă, mirositoare. Examenul vaginului extrem de dureros arată mucoasa vaginală de culoare roşu aprins, cu ulceraţii superficiale şi granulaţii de fornix. Uter mic atrofiat, anexe libere. Examenul secreţiilor: floră banală cu predominenţa cocilor, celulele epiteliale de tip al straturilor profunde, numeroase leucocite. Reacţia secreţiilor alcalină. Tratamentul: badijonaje cu colubiazol. După 7 badijonaje vaginita vindecată, secreţiile acide prezintă floră de Döderlein şi celule din straturile mai superficiale.

Obs. 3 Fişa nr. 1756 S. O. 52 ani, vine pentru secreţie vaginală abundentă şi prurit vulvar intens. Menstruată la 15 ani, regulat, sterilă. De 3 ani în menopauză. Ex. genital: vulvă atrofiată cu leziuni de grataj şi uşoare placarde de leucoplazie. Vagin atrofiat şi stenozat. Mucoasa vaginală întinsă, fără pliuri, subţire cu caractere de atrofie. Prezintă ulceraţii şi granulaţii pe funduri de sac vaginale. A făcut în repetate rânduri tratamente cu foliculină, fiecare cură între 50000—250000 ui. Ph secreţiilor vaginale neutru, ex. bacterilogic: enterococi, sinococi, f. rari bacili gram negativ; epiteliu din straturile profunde. — După 10 badijonări cu colubiazol scurgerile şi pruritul au cedat, mucoasa deşi are acelaş caracter senil nu mai are ulceraţii şi granulaţiile aproape şterse.


Epifiza = Epifizormon
(Extract total hidrosolubil de epifisă-fiole i.m.)
Hipofisă = Stenopitan
(Extract total de ante și retrohipofisă dragele)
Prephysan S
(Hormon gonadotrop a 100u.-fiole i.m.)
Retrofizin
(Hormon ocitocic + myokinetic anti diurectic din retrohipofisă a 10u-fiole i.m. și pulbere priză)
Tiroidă = Thyreocrin
(Extract total de tiroidă-dragele)
Suprarenală = Lipocorten
(Extract total liposolubil de corticosuprarenală-fiole i.m.)
Testicul = Testormon
(Extract total liposolubil de testicul - fiole i.m.)
Ovar = Lipogyn
(Extract total liposolubil de ovar fiole i.m. și dragele)
Crinofolin
(Hormon folicular - foliculina fiole i.m. 1000u. 5000u. 10.000u. și dragele 1000u.)
Calcifolin
(Gluconat de calciu 10% + hormon folicular 100u.-Fiole i.m.)
(Lactat de calciu 0gr. 50 + hormon folicular 50u.-dragele)
Menofolin
(Polibromur 0g. 20 + lactat calciu 0g. 30 + hormon folicular 250u.-dragele)
Produse endocrino-terapice
prezentate de:
Societatea cooperativă a medicilor
„Uzinele Sanitare Paulescu-Gerota-Sumuleanu"
Calea Griviței 67.-Tel. 4.98.08.

Mostre gratuite la cerere **MEDIROM S. A. F.** BUCUREŞTI IV. — Str. Olari 23.
Telefon 2.39.46.

CINNOBIOL
INJECŢII

Cinamat de Benzil, Cholesterină, Eucaliptol, Guaiacol.

Imunizaţie artificială contra infecţiunilor bacilare, afecţiuni ginecologice (leziuni inflamatorii, ulceraţii produse de agenţi patogeni).

1—2 fiole intramusc. pe zi

ANTIASTHMATIC IFAR
SIROP

Iodură de codeină, Ephedrină, Cofeină, Tinct. Lobelia, Sirop de Thiocol şi de Belladona.

Indicat în astm bronchic, cardiac, tusa spasmodică, enfizem pulmonar, bronşite acute şi cronice, dispnea paroxistică, coriza spasmodică.

Mostre şi literatură Laboratorul „IFAR"
Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — Bucureşti IV
Telefon 5.67.48

Observaţiuni clinice şi terapeutice asupra tifusului exantematic din campania actuală

Medic Maior Dr. N. COSTEA şi Şeful Spitalului

Medic Plut. T. R. Dr. GH. TEODORESCU Asistent Universitar

Observaţiunile noastre cuprind 163 bolnavi de tifos exantematic, ospitalizaţi de o formaţiune sanitară militară, dintr'o localitate situată la Est de Nistru, de sub conducerea D-lui Medic Maior Costea.

Scopul prezentării noastre este, acela, în a reda, în linii mari, aspectul clinic şi diferite forme, pe care le-a înfăţişat tifusul exantimatic în iarna aceasta precum şi încercările terapeutice (ser şi sulfamide pe lângă tratamentele simptomatice) care credem, că sunt pe o cale bună. Observaţiunile cuprind pe toţi pacienţii internaţi cu tifus exantimatic în serviciul de contagioşi al spitalului nostru, între 8 Decembrie 1941 şi 20 Martie 1942.

Au fost pacienţi de ambele sexe (prizonieri, evrei, civili şi câţiva militari). Un procent foarte redus au dat femeile — 11 cazuri.

Am întâlnit tifusul la copii de 13 ani precum şi la bătrâni de 50 de ani. Cele mai frecvente cazuri au atins vârstele între 20 şi 25 ani. Mediul epidemic, frigul şi mizeria fiziologică au avut un rol hotărâtor.

CONSIDERAŢIUNI CLINICE

INCUBATIA. S'a căutat a se preciza perioada de incubaţie prin determinara de către bolnav a zilei când a fost înţepat de păduche.

Datele ce le-am culeş, au fost atât de variate şi neprecise încât nu ne permit a trage o concluzie. Numai 3 bolnavi, proveniţi din personalul serviciului nostru, ne-au indicat cu certitudine această dată, din care putem conclude că e cuprinsă între 7—9 zile. Această perioadă e admisă şi de Passauer, Godelier şi Danielopolu; însă timpul de incubaţie e în funcţie şi de virulenţa tifusului şi de momentul epidemic.

PERIOADA PRODROMALA. Schittenhelm, Danielopolu şi Matthes au semnalat o perioadă prodromală, de 2—3 zile, de mici ascensiuni termice, ce precede invazia. Am evidenţiat-o numai în patru cazuri.

DEBUTUL. In general, afecţiunea păstrează caracterul de infecţiune cu evoluţie febrilă fixă de 15—16 zile.

Femeile fac o formă mai uşoară şi adesea, cu o perioadă evolutivă de 10—13 zile. La copii această pericadă nu depăşeşte 10 zile.

In 72% din observaţiuni, începutul s'a făcut dintr'o dată, în plină sănătate, cu frison puternic succedat de ridicarea temperaturei (39—41 grade), cefalee intensă cu caracter frontal, mialgii, curbatură şi sensibilitate dureroasă pronunţată la nivelul pulpelor. In restul cazurilor friscnul a lipsit fiind înlocuit de ascensiune termică şi de cefalee.

PERIOADA DE STARE. Afecţiunea instalată, urmează două săptămâni de febră continuă, în jurul a 40 grade cu mici oscilaţiuni de câteva diviziuni.

In primul septenar, toate fenomenele debutului se exacerbează: Cefaleea devine aproape insuportabilă, durerea cuprinde tot corpul şi e cu mult mai accentuată în pulpe şi braţe In numeroase cazuri bolnavii s'au plâns de dureri constrictive toracice sau de dureri localizate în genunchi.

Din primele zile, faciesul devine roşu vultuos — amintindu-l pe cel pneumonic. Conjunctivele sunt foarte injectate, cum nu le-am întâlnit în nici o altă afecţiune infecto-contagioasă, şi păstrând acest aspect pe tot decursul boalei — aşa cum a fost semnalat şi descris de Danielcpolu. In acest prim septenar, bolnavul e foarte agitat, nu are somn şi totul exprimă suferinţă — deliriază.

In a 4—6 zi apar primele pete lenticulare la nivelul axilelor sau omoplaţilor şi în 2—3 zile erupţia se generalizează. In formele toxice a îmbrăcat un caracter hemoragic. Caracterul erupţiei e cel cunoscut. Numai în două cazuri a luat un aspect rugeoliform şi într'unul scarlatiniform. Asemenea înfăţişări de erupţii sunt citate şi de Matthes şi Curshmann Erupţia în multe observaţii n'a respectat nici regiunile palmare şi plantare şi acest caracter ne ajută mult, în cazurile sporadice şi cu erupţie slabă, în a diferenţia tifusul exantematic de febra tifoidă. In războiul mondial Matthes-Curshmann au semnalat prezenţa epistaxisului în 6% din cazuri. Noi l'am întâlnit în 24%, unic sau repetat, iar la 5 bolnavi a însoţit debutul.

Cu începerea celui de al doilea septenar tabloul clinic se schimbă: starea de agitaţie e înlocuită printr'o somnolenţă continuă şi adesea cu carfologie, apatia şi starea de prostraţie e continuă. Cu greutate bolnavul poate fi adus la realitate. Fenomenele din primul septenar sunt şi mai pronunţate: turburările circulatorii, manifestate prin roşeaţă sau ceanoză, sunt şi mai crescute la nivelul faciesului, picioarelor şi mâinilor; buzele sunt uscate şi acoperite de fuliginozităţi. Limba ia un caracter patognomonic: uscată, crăpată, cu greutate scoasă din gură şi animată de fine fibrilaţii.

Destul de des se produce şi o reacţie meningee evidenţiată prin redoare a cefei. Seroasele sunt cu predilecţie atinse în tifus exantematic. Pe lângă meninge, pleură sau peritoneu foarte frecvent am observat reacţii seroase articulare la nivelul genunchilor, exteriorizate prin şocuri rotuliene, uni sau bilaterale. Atingerea seroaselor articulare e mai precoce şi mai des întâlnită decât a celorlalte seroase; pe când reacţia meningee, la bolnavii noştri, s'a produs în 31% din cazuri, reacţiile articulare au fost evidenţiate in 45%. Literatura consultată necitând-o, credem că este util a atrage atenţia asupra ei, fiind destul de frecventă şi vindecându-se destul de precoce.

CONVALESCENŢA. In a 14—15 zi temperatura descinde cu 1—2 grade şi în 2—3 zile ajunge la normal. Curba pulsului urmează pe aceea a temperaturii. In 36% din cazuri trecerea în convalescenţă s'a făcut în mod critic. Am întâlnit în curba termică, între a 7-a şi a 9-a zi o scoborâre a temperaturii, sub forma unui crochet de 1,2 grade, asemănător cu cel din febra tifoidă. Perioada de convalescenţă este lungă, de 2—3 săptămâni, în care timp bolnavul se plânge de o stare astenică, de dureri de cap, de dureri în membrele inferioare şi braţe şi de un apetit foarte crescut.

TENSIUNEA ARTERIALA. E scăzută. In majoritatea observaţiunilor a fost cuprinsă între 11—8. Formele toxice, predispuse spre colaps, au tensiunea maximă între cifrele de 5 1/2 şi 4.

PULSUL. A păstrat caracterul celor patru tipuri semnalate de Prof. Danielopolu: Normotonic, simpaticotonic, vagotonic şi de insuficienţă miocardică. Formele uşoare şi mijlocii au evoluat cu primele trei tipuri cu întâietatea tipului normal şi simpaticotonic iar formele toxice cu acela de insuficienţă miocardică. Destul de des s'au interpus extrasistole fără a indica un prognostic prost. Dicrotismul l-am întâlnit în două cazuri.

Descrierea de mai sus a înfăţişat tabloul clinic al formei mijlocii, observat cu 61% din cazuri şi care au avut un sfârşit bun. Cazurile cu fenomene clinice diminuate şi cu pericada evolutivă scurtată, cum le-am găsit aproape în toate observaţiunile noastre la copii şi la femei, nu au depăşit 10% din total.

Forma toxică au îmbrăţişat-o 29% din bolnavi. Această formă este impresionantă prin aspectul său clinic: delir pronunţat, carfologie, somnolenţă complectă, puls filiform, reacţie meningee şi articulată intensă, injectare foarte pronunţată a conjunctivelor, cianoza extremităţilor, erupţie generalizată: he-

moragică sau rugeoliformă, limba uscată, crăpată, lipită de planşeul bucal; incontinenţă de urină şi de fecale; din a 10—13 zi discordanţa între puls şi temperatură: curba pulsului şi a leucocitozei urcă, în timp ce temperatura scoboară sub 37 grade; în tabloul sanguin: leucocitoză peste 20.000 cu mononucloză-Danielopolu.

EXAMEN DE LABORATOR

Examenele au fost făcute în laboratorul spitalului nostru, bine utilat, având ca şef de laborator pe Medic Cpt. Rez. Dr. Virgil Ştefănescu.

EXAMEN RENAL. Cantitatea de urină e redusă. Nori fini de albumină, pe tot timpul perioadei febrile. In sediment rare leucocite, rare hematii. Rinichii au fost uşor atinşi — probabil şi în urma administrării masive de sulfamide sau de seruri.

UREEA nu depăşeşte limitele normale. Formele toxice, ce au evoluat în exitus, au dat, în rare cazuri, o cifră între 0,50—0.65%.

TABLOU SANGUIN. Modificările sângelui din tifos exantematic sunt destul de importante şi în raport cu gravitatea cazului.

Hematiile se menţin în jurul normalului — dar am întâlnit cifre de 6—7.000.000 în formele hipertoxtice — explicate prin staza sanguină ce însoţeşte colapsul periferic.

Anizocitoza, policromatofilia şi hematiile nucleate sunt aproape excepţionale.

S'au urmărit, în toate cazurile, prin examene repetate, tot la 2—4 zile, evoluţia leucocitelor prin cercetarea numărului lor şi formulei. Am constatat în **primul septenar** o leucocitoză intensă, de 15.000—36.000. Numărul leucocitelor este cu atât mai mare cu cât tifusul este mai grav. Polinucleoza neutrofilică (80—90%), în acest prim septenar, a însoţit 63% din cazuri. In 22% am avut o formulă apropiată celei normale şi numai 15% din bolnavi au prezentat mononucleoză. Eozinofilul a lipsit.

Cu al **doilea septenar** am observat o schimbare complectă în formula sanguină: mononuclearele au atins 30—60% din totalul elementelor în 65% din observaţii, predominând monocitul mare şi monocitoidul semnalat de Danielopolu; 28% dintre bolnavi cu polinucleoză neutrofilică iar 7% cu un tablou normal.

Plasmocitele au fost prezente aproape întotdeauna — numărul lor oscilând între 1—14%. Prezenţa lor, în număr mare, nu ne dă un criteriu de prognostic. Am avut cazuri cu 10—14% plasmocite care au evoluat în bine.

Eozinofilele au fost întâlnite în 7% din cazuri. Apariţia lor spre sfârşitul boalei ne-au anunţat un sfârşit bun.

Bazofilele par a nu avea importanţă — în observaţiile noastre, numărul prezenţei lor, a întrecut pe acela al eozinofilelor, ajungând la 9%.

Creşterea mononuclearelor nu ne-a dat un sprijin în formularea prognosticului.

Din aceste date rezultă că: o leucocitoză intensă asociată de o mononucleoză masivă şi de prezenţa monocitoidului ne poate confirma un diagnostic de tifus exantematic.

MODIFICARILE LICHIDULUI CEFALO-RACHIDIAN. Toate formele grave şi o parte dintre cele mijlocii au evoluat cu reacţii meningee — totalizând 31% din observaţii. Reacţiile s'au exteriorizat uşor, în al doilea septenar: redoarea cefei.

In majoritatea acestor cazuri s'a făcut puncţia lombară, care adesea s'a repetat la 1—3 zile, cu următoarele rezultate: tensiunea lichidului normală sau uşor crescută, lichid clar-apă de stâncă — sau xantocromic, reacţie celulară cuprinsă între 6—1.8000 elemente pe mm. c. cu predominenţă masivă de hematii şi de mononucleare; ureea în jurul cifrei normale — într'un singur caz, mortal, a atins 0,56%; deci, nu se poate susţine că starea toxică a exantematicului să fie datorită creşterii ureei în lichidul cefalo-rachidian.

REACŢII SEROLOGICE. Ca mijloc de diagnostic, de mare ajutor, ne-a fost R. Weil-Felix. Această reacţie s'a repetat în decursul boalei şi convalescenţei şi întotdeauna a fost pozitivă. In primele patru zile e negativă şi numai rareori e pozitivă la un titru de 1/100 sau 1/200. Cu a patra zi, titrul creşte şi atinge cifre de 1/800—1/1600—1/3800 între a 8—15 zi. Pozitivitatea ridicată se menţine pe tot timpul convalescenţei şi numai după 20—30 zile de afebrilitate se poate observa o scădere treptată.

Pentru ca R. Weil-Felix să confirme tifusul exantematic trebue să fie la un titru de cel puţin 1/400. Până la 1/400 o putem întâlni în diferite alte afecţiuni febrile: Pleurezii, stări gripale, paludism, pneumonie — cazuri observate de noi.

PRONOSTIC. La copii şi femei tifusul evoluează cu o formă uşoară. Vârsta înaintată şi complicaţiile întunecă prognosticul. Scăderea temperaturei simultan cu accelerarea pulsului şi creşterea leucocitozei, ne anunţă sfârşitul. La fel cianoza albastră a extremităţilor, erupţia hemoragică sau rugeoliformă, reacţia meningee şi articulară intensă, incontinenţa de urină şi de fecale, ne vesteşte sfârşitul apropiat al bolnavului.

MORTALITATEA creşte progresiv cu vârsta. Moartea survine, în mod obişnuit, între a 12—18-a zi prin colaps. Dintr'un total de 163 cazuri am pierdut 18, deci un procent de 11%.

COMPLICATIILE se ivesc spre sfârşitul perioadei febrile sau în primele 10 zile de convalescenţă.

Cele mai frecvente interesează aparatul respirator; congestii pulmonare —9, abces pulmonar —1, broncho-pneumonie —1, pleurezie sero-fibrinoasă —5, pleurezie purulentă —3, urmează: nefrită hidropigenă —1, flegmon al globului ocular —1, otite —2, parotidită —3, hemiplegie —1, orchi-epididimită —1, gangrena extremităţilor —1, escare —2, angina Ludwig —1, icter —1, abcese subcutanate sau musculare —3.

ASOCIERI. Un caz de tifus exantematic s'a asociat cu meningită cerebro-spinală.

Tifusul exantematic biciueşte şi redeschide vechile focare bacilare.

In cinci observaţii tifusul a fost succedat de pleuro-peritonite T. B. C.

TRATAMENT
Sulfamide şi seroterapie

In tratamentul bolnavilor s'a ţinut seama de: forma tifusului exantematic şi de timpul scurs dela începutul afecţiunii.

Cum sulfamidele şi în special serul de convalescent şi serul de cal antiexantematic, nu le aveam în cantităţi suficiente, n'am aplicat acest tratament decât în formele grave-toxice.

In multe cazuri, când împrejurările au cerut-o, am asociat sulfamida cu serul de convalescent sau sulfamida cu serul de cal.

Serul de convalescent l-am obţinut dela prizonieri în convalescenţă de tifus exantematic între 10—15-a zi de afebrilitate.

Serul de cal anti-exantematic, ne-a fost furnizat de Institutul Prof. Dr. Cantacuzino din Bucureşti.

In formele uşoare şi medii, care se pot vindeca şi fără indicaţie terapeutică, n'am aplicat, în afara unei higiene cât mai complete a bolnavului, decât un tratament simptomatic: sol. de piramidon, I gr. pe zi, ca antitermic; loţiuni reci şi împachetări, şi Ol. camforat pentru susţinerea cordului.

In formele toxice s'a aplicat, izolat sau asociat, sulfamido-seroterapia şi când starea cordului a necesitat-o — puls depăşind 130' sau filiform — strofantină intravenos, în doze fracţionate, după metoda Prof. Danielopolu — cu rezultate bune.

N'am avut posibilitatea de a încerca metoda antitoxică cu apă clorată a Prof. Danielopolu, neavând aparatură şi material necesar.

Am avut criterii, în delimitarea formelor, diferitele fenomene pe care le prezintă bolnavul şi rezultatele laboratorului. Am considerat că un bolnav evoluează cu o formă toxică când, în tabloul clinic şi în tabloul sanguin, surveneau următoarele fenomene: cianoza

Creştere considerabilă a globulelor roşii, hemoglobinei şi greutăţii corporale prin Artose.

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

Depozit permanent:. „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

extremităţilor, delir pronunţat sau o stare accentuată de prostraţie, erupţie intens generalizată: hemoragică sau rugeoliformă, limba uscată, crăpată, lipită de planşeul bucal şi animată de fine fibrilaţii; puls accelerat sau filiform, relaxarea sfincterelor, reacţii meningee şi articulare iar din partea sângelui: leucocitoză masivă depăşind cifra de 20.000 mmc. cu mononucleczâ.

PRONTOSIL-ul. La primii bolnavi, neavând seruri, am încercat prontosilul, pe care l-am administrat pe tot timpul perioadei febrile, în doze de 3 gr. pe zi. Instituirea tratamentului s'a făcut, deobiceiu cu începutul celui de al doilea septenar al boalei. In tot decursul administrării medicamentului, s'a ţinut seama de posibilitatea accidentelor ce s'ar putea ivi, urmărindu-se leucocitoza şi formula leucocitară. Intr'un singur caz s'a suprimat medicaţia prin scăderea pronunţată a leucocitelor —3200/mmc. Rezultatul obţinut n'a fost prea mulţumitor: din'un total de 20 exantematici trataţi, au sucombat 8 (opt).

ELEUDRON-ul a fost administrat singur la 17 bolnavi. Aplicarea tratamentului s'a făcut din momentul internării bolnavului, cam între a 6—8-a zi de boală: în două cazuri, în doză de 3 gr. pe zi, pe toată perioada febrilă; în 12 cazuri, în doză de 5 gr. pe zi, pe tot timpul menţinerii fenomenelor toxice.

S'au urmărit, în tot decursul aplicării tratamentului precum şi la începutul convalescenţei, leucocitoza şi formula leucocitară.

Am observat în 11 (unsprezece) cazuri: o scurtare a perioadei febrile cu 2—5 zile, o revenire spre normal a pulsului, o diminuare şi, apoi, o dispariţie complectă a fenomenelor toxice, leucocitoza a scăzut treptat, dar nici odată sub 5000 când deobiceiu suprimăm tratamentul; formula leucocitară, monocitele şi monocitoidele se răresc, în timp ce, restul elementelor sângelui, înclină spre o polinucleoză neutrofilică.

In trei cazuri am avut posibilitatea să aplicăm eleudronul, din primele trei zile, până în apariţia erupţiei. In două din aceste cazuri, fenomenele toxice au fost reduse la minimum, iar erupţia s'a prezentat discret, rezumându-se la câteva pete lenticulare diseminate pe peretele abdominal şi pe torace.

In al treilea caz — un caporal din formaţia noastră — tratamentul s'a început chiar din a doua zi, când bolnavul nu prezenta nici o erupţie şi numai tabloul clinic şi leucocitoza intensă, ne indica posibilitatea unui tifus exantematic, confirmat ulterior prin R. Weil-Felix I/600. In cazul acesta am administrat Eleudronul în doze masive: I-a zi —9 gr., IIa zi —7 gr., şi în a III-a zi —6 gr. când aplicarea medicamentului se suprimă prin scăderea leucocitelor la 4000/mmc. In a V-a zi se produce o scădere a temperaturei şi o revenire spre normal a pacientului. Temperatura se menţine sub 37 şi starea generală este la fel de bună şi în zilele următoare. In a VIII-a zi — temperatură de 39 şi frison. Se reia Eleudronul, în doze de 5 gr. pe zi, pentru ca după două zile totul să reintre în normal. La acest bolnav n'am observat erupţie; numai fenomenele clinice şi tabloul sanguin cu R. Weil-Felix repetată a confirmat posibilitatea tifusului.

Din 17 bolnavi trataţi am pierdut unul. In cazul letal, bolnavul se internase în a 12-a zi, în plină stare de colaps; Eleudronul s'a aplicat imediat, în doze de 6 gr. pe zi dar moartea survine după 48 de ore.

EUBAZINUM l'am dat în cinci cazuri. In trei cazuri, în doze de 5 gr. pe zi începând cu a 7-a zi de boală, şi pe tot timpul perioadei febrile. In două din cazuri, din a V-a zi, odată cu apariţia primelor pete lenticulare, în doze masive: 9 gr. în I-a zi, 8 gr. în a II-a zi şi 5 gr. în zilele următoare.

In toate aceste observaţiuni rezultatele au fost puţin concludente: perioada febrilă a oscilat între 12—16 zile, erupţia n'a fost modificată, reacţiile, articulare prezente, sindronul extremităţilor redus la faza de vaso-dilataţie roşie; în tabloul sanguin: leucocitoza a scăzut sub 15000/mmc. iar mononucleoza a fost foarte redusă sau a trecut locul unei polinucleoze neutrofilice. Toate aceste cinci cazuri s'au vindecat.

SERUL DE CONVALESCENT s'a administrat în şase cazuri hipertoxice, toate în al II-lea septenar, în doze de 100 cc. pe zi, timp de 2—4 zile. Fenomenele toxice au început să diminue cu începutul celei de a III-a zi de tratament: temperatura a oscilat între 38—38,5 leucocitoza a scăzut dela 30.000—25.000/mmc. sub 15.000/mmc. iar în formula leucocitară mononucleoza a fost înlocuită cu polinucleoză — în două din cazuri eozinofilele au apărut în proporţii de 8% şi 13%. Toate cazurile s'au vindecat după o perioadă febrilă de 10—13 zile.

SERUL DE CONVALESCENT asociat cu ELEUDRON-ul au dat rezultatele cele mai mulţumitoare. S'a aplicat în patru cazuri. Asocierea s'a făcut din prima zi: Eleudron, în doze de 5 gr. pe zi, pe tot timpul perioadei toxice şi serul de convalescent în cantitate de 100—150 cc. pe zi, timp de 3—4 zile.

Interesant este cazul unui ofiţer venit în a IX-a zi de boală şi considerat pierdut: somnolenţă profundă, carfologie, erupţie hemoragică, sindron al extremităţilor în faza de cianoză rece, puls 160', reacţie meningee intensă cu lichid cefalo-rachidian xantocromic şi cu 1.600 hematii şi mononucleare pe mmc. reacţii articulare foarte accentuate; tabloul sanguin cu 34.000 leucocite pe mmc. mononucleoză şi plasmocite în proporţie de 16%. Din a III-a zi de tratament bolnavul e mai conştient, eupţia mai palidă, reacţia meningee mai slabă cu 34 hemati în l. c. r. pe mmc. iar în sânge leucocitele au scăzut la 14.600/mmc. şi în formulă polinucleoză neutrofilică cu 2% plasmocite. Starea bolnavului se ameliorează, cu fiecare zi ce trece, pentru ca în a 14-a zi să devină afebril. O stare apatică cu o somnolenţă uşoară s'a prelungit aproape pe 15 zile după scăderea temperaturii.

Un alt caz, îl prezintă un ofiţer din formaţia noastră, căruia i s'a aplicat tratamentul din a III-a zi de boală — când erupţia nu apăruse. Afecţiunea a evoluat cu o formă uşcară: curba termică din a II-a zi de tratament n'a depăşit 38,5, erupţia s'a limitat la câteva pete lenticulare localizate spre baza toracelui, etajul superior al peretului abdominal şi spre reg. palmare! Perioada a ţinut 11 zile.

Celelalte două cazuri, cu acelaş tratament asociat, au evoluat cu o perioadă febrilă de 10 şi de 13 zile. Rezultatele au fost evident de mulţumitoare începând din a III-a zi de boală.

Toate cazurile tratate au Eleudron plus ser de convalescent s'au vindecat.

SERUL DE CAL ANTIEXANTEMATIC — INST. CANTACUZINO. Acest tratament s'a administrat la 20 de bolnavi, în condiţiuni variabile:

In 3 cazuri, în cantitate de 20 cc. pe zi timp de trei zile. N'am observat modificări în evoluţia boalei. Unul din bolnavi a murit în a 11-a zi.

In 7 cazuri, în cantitate de 40 cc. pe zi, timp de trei zile. Se constată: scăderea temperaturii cu un grad începând din a 3—4-a zi de tratament, o perioadă febrilă de 14—16 zile, o uşoară diminuare a leucocitelor şi tendinţă spre polinucleoză neutrofilică. Am pierdut un pacient în a 10-a zi de boală.

In 5 cazuri, în cantitate de 80 cc. pe zi, timp de trei zile. Au sucombat doi.

In alte 5 cazuri, în cantitate de 100 cc., timp de trei zile — toate vindecându-se.

In ultimele 10 observaţii am constatat: o uşoară scădere a temperaturii începând cu a 3-a zi de tratament, o scurtare a perioadei febrile cu 1—3 zile, în vreme ce reacţiile meningee şi articulare, erupţia hemoragică, sindromul extremităţilor şi starea de somnolenţă şi prostraţie au fost prea puţin modificate. Leucocitoza a scăzut sub 20.000 formula leucocitară cu polinucleoză mai mult sau mai puţin accentuată şi o uşcară scădere din partea plasmocitelor şi a monocitoidelor.

SER DE CAL PLUS ELEUDRON. In două cazuri, am aplicat serul de cal

antiexantematic în cantităţi masive de 100 cc., timp de 3 zile şi neobţinând un rezultat satisfăcător, am asociat din a 4-a şi 5-a zi Eleudron-ul în doze de 5 gr. pe zi. Efectele realizate nu sunt concludente — unul din bolnavi sucombă în a 19-a zi.

SER DE CONVALESCENT + SER DE CAL ANTIEXANTEMATIC + ELEUDRON. In trei cazuri hipertoxice s'a administrat la început ser de cal antiexantematic, în doze masive, fără nici un rezultat. Cum starea bolnavilor era tot mai gravă, am aplicat, pornind din a 5-a zi, ser de convalescent şi Eleudron, în cantităţile menţionate mai sus. Doi din bolnavi s'au vindecat, după ce au făcut în convalescenţă maladia serului iar al în treilea a murit în a 17-a zi.

CONCLUZII. Din aceste observaţii rezultă că serul de convalescent dă un efect mulţumitor cunoscut.

La fel Eleudronul.

Asocierea serului de convalescent cu Eleudron, în cazurile noastre, au prezentat cele mai frumoase rezultate.

In ce priveşte Eubazinum, numărul bolnavilor trataţi fiind redus, nu putem conclude.

Prontosilul pare a nu aduce nimic nou în terapeutica tifusului exantematic, poate şi în urma dozelor mici administrate.

Serul de cal antiexantematic, aplicat în cantităţi masive, a redus în bună parte mortalitatea.

Limphadenom generalizat, complicat de hipertrofie mamara bilaterală

Dr. FL. CRĂCIUN
Medic Primar

şi

Dr. GH. DACU
Medic Secundar

Intrucât coincidenţa acestor două maladii (care nu au nimic comun una cu alta, dar care în cazul de faţă face imposibilă intervenţia chirurgicală asupra mamelelor, din cauza generalizării) la consultaţiile Spitalului — extrem de rară — noi personal neavând cunoştinţă de publicarea unui alt caz asemănător — am crezut nimerit să facem cunoscută observaţia acestui caz.

La 11 Martie 1942 se prezintă la consulaţiile Spitalului de Chirurgie din Cetatea Albă, femeia V. A. de 35 ani, din comuna Şaba (Cetatea-Albă) pentru: desvoltarea hipertrofică a mamelelor, ce s'a supra-adăogat unor modificări de volum a grupurilor de ganglioni cervicali, axilari şi inghinali, de care bolnava suferă de mai mult timp.

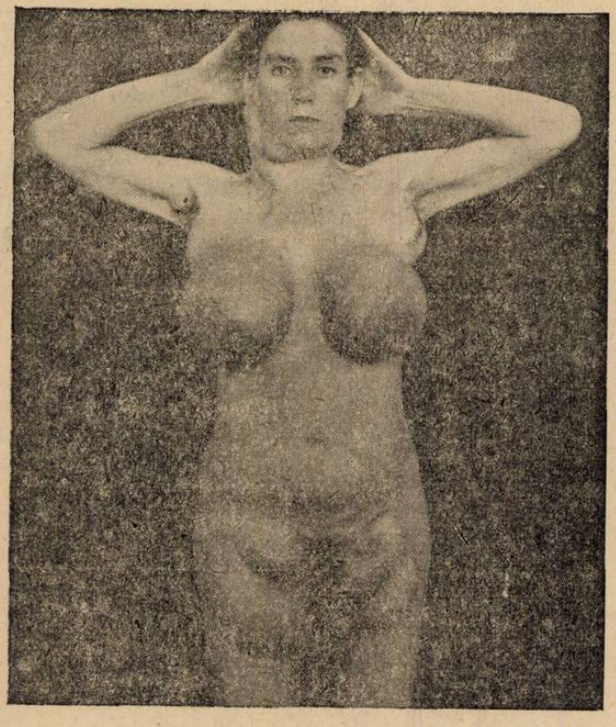
In antecedentele heredocolaterale nu se găseşte nimic deosebit.

La 16 ani a suferit de parotidită epidemică.

Menstruată la 15 ani, cu menstru normale, a născut 4 copii din care trăesc ultimii trei; nu a avut avorturi şi false naşteri.

In timpul penultimei sarcini, acum trei ani, în timp ce suferea de carii dentare, observă mărirea unui ganglion sub maxilar în dreapta care ajunge nî două luni la mărimea unei nuci şi care nu mai regresează, din contra, modificându-se treptat şi alţi ganglioni din regiunea latero cervicală dreaptă, din grupările preauriculare şi retroauriculare. Se pare că la început modificarea primului ganglion a fost de natură inflamatorie.

In timpul ultimei sarcini, se măresc



şi ganglionii sub maxilari şi latero-cervicali din partea stângă, iar cu începere din luna 5-a a sarcinei, adică acum 8 luni, s'au modificat şi ganglionii axilari şi inghino-crurali din ambele părţi, ajungând în deosebi aceştia din urmă de o mărime considerabilă. Cu trei săptămâni înainte de naştere, care s'a lichidat de altfel normal, simte dureri relativ moderate în mamele şi apar în ambele glande formaţiuni nodulare distincte, după cum ne spune şi un medic care a văzut bolnava în acest timp, formaţiuni care apoi confluează, mamelele după naştere hipertrofiindu-se mult, în massă, devenind dure şi jenând bolnava. Această modificare s'a însoţit de o febră regulată de amplitudine medie. La 2 luni după naştere hipertrofia accentuându-se mereu, bolnava devenind dispneică şi slăbind mult, vine să ne consulte. Alimentaţia copilului nu s'a putut face normal, secreţia lactată fiind dela început cu totul insuficientă.

La examenul obiectiv al bolnavei tegumentele e apar de culoare pământie cerosă, este caşectizată, cu ţesutul celulo-grăsos foarte redus.

Se constată mărirea de volum a ganglionilor sub-maxilari latero-cervicali, pre şi retroarticulari, auxiliari şi inghino-crurali, în deosebi în jumătatea dreaptă a corpului. Mărirea lor este considerabilă după cum se poate vedea din fotografia alăturată. Independenţi unul de altul şi mobili pe planurili profunde sunt de consistenţă semi-dură. Tegumnentele nu sunt ulcerate. Sub pielea de pe porţiunea superioară a toracelui, există o circulaţie venoasă colaterală foarte desvoltată şi aparentă. Mamelele au pielea uşor edemaţiată, de culoare roşie de vin, sunt de mărimea unui cap de adult, de consistenţă uniformă dură şi se mobilizează pe planurile musculare sub-jacente. Greutatea lor dă o jenă mecanică bolnavei, care simte nevoia să le susţină pentru a putea realiza mai uşor.

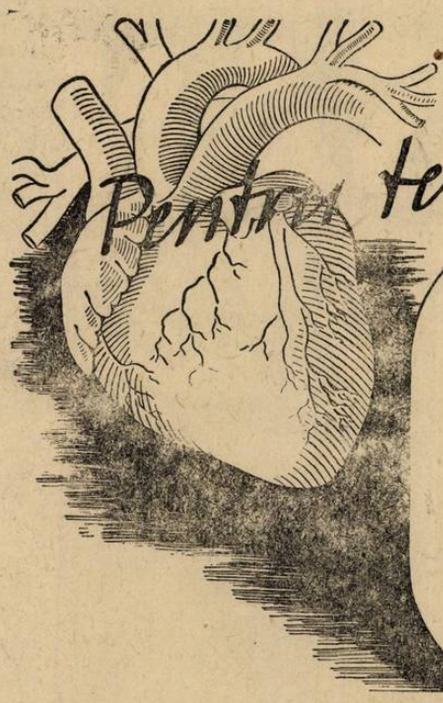
La examenul organelor, se constată mărirea splinei, care depăşeşte falsele coaste cu 2 laturi de deget. In rest, nu găsim modificări patologice.

Analizele de laborator arată: urecа normală şi urina fără elemente patologice. Numărul globulelor roşii este de 1.875.000 pe mm.^{3}; se găsesc 4000 globule albe pe mm.^{3} prezentând următoarea formulă leucocitară:

polinucleare neutrofile 67%; limfocite 9%; mononucleare 15% eosinofile 1% bazofile 8%.

Evoluţia cazului cu anemia marcată şi mersul rapid spre caşectizare, examenul clinic şi de laborator, ne face să diagnosticăm un limfadenon cleucemic, în faza de generalizare (fiind modificaţi probabil şi ganglionii mediastinali, ce se traduc prin dispneea accentuată) maladie ganglionară care a evoluat în puseuri, care coincid cu ultimele două sarcini şi pe care s'a grefat la sfârşitul ultimei sarcini o hipertrofie mamară bilaterală.

Posibilităţile de tratament ale limfadenomului, în această fază de generalizare sunt nule, iar starea precară a bolnavei, din cauza tumorei maligne ganglionare cu apropiat sfârşit letal, face inutilă şi intervenţia chirurgicală asupra mamelelor.



Pentru terapia Digitală

și pentru tratamentul economic de lungă durată, cardiacul consacrat, cu început de acțiune rapidă și cu efect îndelungat

DIGITALIS-DISPERT

Procedeul de fabricațiune „Dispert" asigură, prin gradul înalt de dispersiune — în mărimea eritrocitelor umane — o rezorbție optimală și o toleranță perfectă.

RHENANIA

„Rhenania" Secția Farmaceutică a S. A. KALI-CHEMIE, Berlin
Dep.: Pharmag S. A., Brașov

Digitalis-Dispert

Tablete • Supozitoare • Soluție

CARDIOTRAT

NORDMARK-WERKE

Chinidinum nitrosum
Acid Phenyläthylbarbit.
Aethylen diamin-Dimethylxantin

HIPOTENSIV VASODILATATOR DIURETIC

Fiole Pilule

Dr. ALEXANDRU RADU București III, Strada Sofia No. 14

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten

Mijloc sigur pentru tratamentul peroral și prevenirea accelor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6

VIAŢA MEDICALA IN GERMANIA

Prof. Dr. P. NICULESCU

Cercetarea schimbărilor suferite de viaţa medicală a Germaniei, ce se găseşte în război de peste doi ani şi jumătate, reprezintă o problemă ce interesează pe orice medic. Interesul este mai mare pentru medicii români pentrucă este vorba de aliaţii noştri.

Având de îndeplinit o însărcinare în Germania, cu tot timpul scurt de trei săptămâni ce mi-a stat la dispoziţie, am avut prilejul să privesc destul de aproape câteva înfăţişări ce cred că merită să fie relatate.

Stabilirea alimentaţiei după norme ce corespund greutăţilor timpului şi după prescripţiuni ce au început să fie adoptate integral şi la noi, a înlesnit obţinerea unor date îndeosebi de importante din punctul de vedere al dieteticei.

Regimul, aproape identic, păzit cu multă strictete de atâtea zeci de milioane de oameni, reprezintă o experienţă uriaşă. Identitatea acestui regim nu reprezintă o simplă prescripţiune ci o realitate: atât bogaţii cât şi cei cu mijloace materiale mai reduse, se alimentează în condiţiuni destul de asemănătoare. Consumarea abundentă a legumelor proaspete, cu un conţnut integral de vitamine, explică în parte menţinerea neatinsă a capacităţii de lucru a celor ce păstrează acest regim. Tot astfel se explică de ce rezistenţa faţă de bolile infecţioase nu este scăzută, în comparaţie cu cea din timp de pace. Rezultatele prielnice obţinute, înainte de război, prin injecţiuni de vitamine, în tratamentul acestor boli, sunt, astfel, din nou confirmate.

Spre deosebire de primul război, cantitatea de pâine acordată astăzi, de zece kilograme lunar, este suficientă. Pâinea, bine frământată, bine coaptă şi gustoasă — mai ales cea de secară — înlesneşte, împreună cu legumele, o alimentaţie sătioasă, lipsită de toxine şi mai ales de corpuri purinice. In celălalt război, când cantitatea de hidrocarbonate era mult mai redusă, s'a semnalat influenţa favorabilă asupra diabeticilor cari au beneficiat şi de abundenţa legumelor. Cu totul atlfel se prezintă problema limitării cărnii la 200 gr. pe săptămână. E sigur că, chiar această cantitate atât de redusă este vătămătoare în urîcemie. Se poate constata că, după cum în celălalt război diabeticii beneficiau de reducerea pâinii, la fel folosesc astăzi gutoşii de limitarea cantităţii de carne.

Limitarea cărnii a mai contribuit şi la elucidarea problemei din punctul de vedere al valorii sale nutritive. Deseori auzim pe bolnavii noştri, cărora le interzicem carnea, că se plâng de slăbirea forţelor, pretinsă slăbire ce-i determină adeseori să părăsească regimul. Din punctul de vedere al caloriilor problema a fost de mult rezolvată. Confirmarea, pe o scară mai întinsă, o avem astăzi: Germanii ce consumă carne mai puţină, muncesc tot atât de mult ca şi altădată. Pretinsa scădere a forţelor resimţite de bolnavi, se datoreşte, deci, unui proces de auto-sugestie: lipsa senzaţiilor gustative agreabile se transformă într'un echivalent fizic, acela al unei senzaţii neplăcute generale.

In această ordine de idei trebue recunoscut că, dacă nici un German nu se plânge de hrana neîndestulătoare, nu arare ori se poate ghici un dor nestăpânit de carne. Utilizarea peştelui, ce poate fi procurat foarte uşor şi cu un preţ relativ ieftin, nu ajută prea mult la înlocuirea carenţei albuminoidelor animale, poate şi din cauza gustului său mai fad. Gospodinele Germane, mai ales cele vieneze, reprezentantele unei vechi tradiţii culinare, au găsit un mijjloc de îndreptare, destul de eficace. Pregătesc legumele, adăugând cantităţi destul de mici de carne, aşi spune aproape omeopatice. Oricât de redusă ar fi cantitatea ea este totuşi suficientă pentru a da legumelor un gust ce reaminteşte, într'o măsură oarecare, pe acela al mâncărilor de altădată. Procedeul acesta ar trebui introdus şi în ţara noastră, pe măsură ce limitarea cărnii va fi eventual intensificată.

Frecvenţa originei endocrine a obezităţii este confirmată de actualul regim, ce exclude orice posibilitate de supra-alimentare. Cu toate că toţi Germanii mănâncă aproape la fel, se mai pot întâlni cazuri de obezitate. Observaţiuni asemănătoare s'au făcut şi în Franţa, ţară unde restricţiunile alimentare sunt şi mai accentuate. Rolul factorilor endocrini nu trebue să fie totuşi exagerat: am observat, în celălalt război, prizonieri cari au pierdut aproape jumătate din greutate.

Exercitarea profesiunii medicale este influenţată de marea scădere a medicilor practicieni şi de spital, scădere determinată de numărul ridicat al celor ce lucrează pe front. *Medicii lucrează mai mult decât în timp de pace; uneori îndoit, dacă nu şi chiar întreit.* Muncesc nu numai cu mult zel, dar şi cu multă însufleţire. Işi dau seama că obositoarea lor viaţă profesională este mai uşoară în comparaţie cu greutăţile celor cari se găsesc pe front, mai ales în această iarnă atât de grea. Voia lor bună şi străduinţa de a munci, reprezintă una din manifestaţiunile celor ce se consideră mobilizaţi pe loc; mobilizaţi în accepţiunea reală a cuvântului şi nu în cea formală, care nu-i lipsită uneori de apreciabile comodităţi.

Din punctul de vedere al vieţii universitare, sălile de cursuri sunt mai puţin pline ca altă dată. Mulţi studenţi poartă uniforma militară. Această înfăţişare dă sălilor un aspect foarte simpatic.

Cercetările ştiinţifice îşi urmează cursul, cu toate că personalul este scăzut. In această privinţă dau un exemplu edificator: cu toate că jumătate din studenţii Institutului de Farmacologie sunt mobilizaţi se lucrează totuşi cu multă asiduitate şi folos. Menţinerea activităţii la un nivel atât de ridcat este uşurată şi de faptul că cei rămaşi pe loc muncesc mai mult.

Voi întregi relatarea acestor fapte, expusă sub formă variată de cronică medicală, prin relatarea reacţiunilor sufleteşti al medicilor Germani şi a celor dinprejurul lor, reacţiuni provocate de greutăţile războiului sau de cruntele sale lovituri. Exemplul cel mai reconfortant este reprezentat de părerile mamei unui camarad german care a lucrat, alături de mine, în spitalul Z. I. 285. Această inimoasă doamnă, sora unui din cele mai de seamă personalităţi medicale din Viena, mi-a lămurit felul său de a privi viaţa de război, în modul următor: »Am trei copii pe front, unul aviator şi alţi doi medici. Dela cel mai mare, care se găseşte pe front, în sudul Rusiei, într'un loc îndeosebi de primejduit, de mult n'am mai primit nicio veste. Suportăm fără să protestăm toate restricţiunile, fiindcă avem un singur gând: să învingem. Şi vom învinge».

Vorbele acestea, pronunţate cu simplitate, fără nicio emfază, afară de accentuarea ultimelor cuvinte, caracterizează modul de a gândi al multora dintre femeile germane, chiar şi al celor mai încercate, aşa cum este cazul acelei distinse doamne.

Manifestarea sufletească cea mai impresionantă este aceia a unuia dintre cei mai de seamă clinicieni, bine cunoscut prin cercetările, ce au deschis drumuri noui, precum şi prin numeroasele sale lucrări cu caracter didactic. Puţin înainte de Crăciun i-a venit ştirea că unicul său fiu, de curând promovat doctor în chimie, excepţional de înzestrat, menit să poarte mai departe faima numelui tatălui său, a fost ucis pe frontul rusesc. Nu poartă nici un semn exterior de doliu, numai că pe figura sa se poate citi durerea lui sfâşietoare.

Nimic nu-l mai interesează în afară

de munca ştiinţifică, pe care o continuă cu un fel de frenezie, fiind singura lui mângâiere. Timp de peste un ceas mi-a arătat clinica sa, una din cele mai frumoase şi mai bine înzestrată, pe care nimic şi nimeni nu o poate distruge. Această aleasă reacţiune în faţa durerii reprezintă realizarea, într'o formă deosebit de mişcătoare, a uneia din lozincile cele mai des întâlnite în Germania. «Cu toţii suntem pieritori, numai ţara noastră e veşnică». Intreaga lui forţă creatoare o dedică patrimoniului ştiinţific al ţării sale.

Cunoaşterea mai îndeaproape a modului de a gândi a diferitelor personalităţi, mi-a fost mult înlesnită de prestigiul ce ţara noastră şi-a câştgat în Germania. Citarea noastră, atât de frecventă în comunicatele de răsboi, citare uneori îndeosebi de elogioasă, precum şi aprecierile favorabile făcute de soldaţii şi ofiţerii ce au luptat alături de noi au contribuit la creearea unei judicioase preţuiri a însuşirilor noastre. Susţinerea cea mai eficace a propagandei noastre o datorim luptătorilor noştri, ce ne-au creeat o atmosferă îndeosebi de cordială. In această ambianţă este firesc ca întărirea relaţiunilor medicale dintre Germania şi ţara noastră, să se înfăptuiască în condiţiuni şi mai prielnice decât cele dinaintea răsboiului.

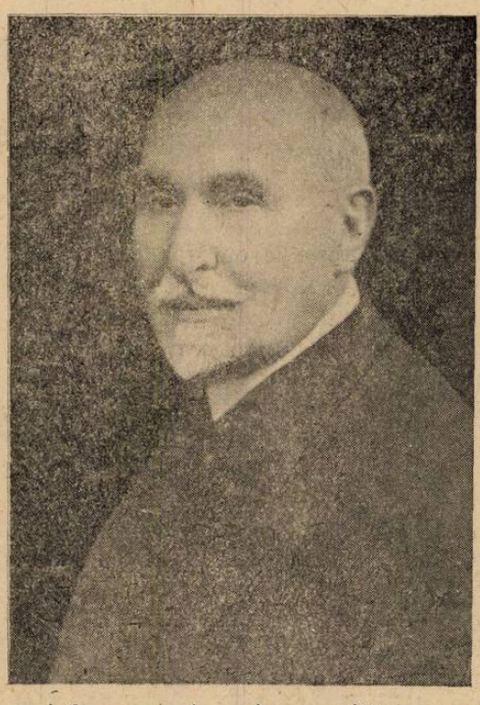
A. B. MARFAN

Moartea recentă a profesorului Marfan constitue o mare pierdere pentru pediatria franceză. Ea urmează curând după doliul, pe care pediatria germană l-a suferit prin moartea profesorului Czerny. Ambii au avut marele merit, că au înţeles, că pediatria nu trebue limitată numai la studiul copilului mare şi că este absolută nevoe, să întreprindă studiul copilului mic şi mai ales al sugacului. Ei au dat o nouă orientare pediatriei utilizând achiziţiile moderne ale ştiinţei. Progresele făcute pe acest tărâm au avut ca urmare diminuarea mortalităţei infantile în toate statele civilizate, care au aplicat noţiunile de higienă infantilă.

Inainte de Marfan nu se primeau în spitalele de copii, copiii mai mici de 2 ani. In azilele de copii găsiţi mortalitatea era cam de 50 la sută, aceasta din cauză că nu se făcea profilaxia boalelor contagioase şi nu era studiată alimentaţia copilului mic. Isbit de această stare de lucruri Marfan publică în 1898 «Traité de l'allaitement» lucrare care ajunge în 1930 la ediţia a IV-a. Ea constitue un tratat devenit clasic, cunoscut în lumea întreagă, în care chestiunea alimentaţiei copilului mic este foarte bine studiată. Marfan era un partizan convins al alimentaţiei la sân. Alimentaţia artificială care se făcea în creşe, dădea rezultate foarte rele. Aceasta l-a făcut să modifice sistemul de alimentaţie. El dădu copiilor lapte de femee luat de la doicile, care erau primite cu copiii lor. In modul acesta mortalitatea a scăzut de la 50 la 14 la sută.

Ca să combată mortalitatea dată de tulburările digestive el publică lucrarea «Les affections de voies digestives dans la première enfance» (1923). El împarte tulburările digestive în patru grupe: afecţiuni în care predomină vărsăturile, diareia, constipaţia sau denutriţia. Studiile lui asupra vărsăturilor obişnuite, asupra diareei choleriforme şi asupra dietei hidrice au rămas clasice.

Lecţiile clinice au fost publicate în «Clinique des maladies de la première enfance» două volume apărute în 1926 şi 1928. In această lucrare de o deosebită importanţă clinică Marfan studiază cu multă originalitate afecţiunile



mai frecvente în prima copilărie.

Impreună cu Henry Lemaire scoate «Precis d'Hygiene et des Maladies de la première enfance» (1930) lucrare complectă şi foate utilă pentru cunoaşterea copilului până la 3 ani.

Rachitismul a făcut obiectul a numeroase cercetări din partea lui Marfan. El a arătat că această afecţiune, pe care o denumeşte şi osteoclimfatism, este determinată de o alimentaţie greşită de sifilis, de tuberculoză şi de toxi-infecţiunile care survin în perioada activă de osificare.

Pentru puncţia pericardică Marfan preconizează calea epigastrică, procedeu care se întrebuinţează cu bune bune rezultate.

El descrie în 1896 o afecţiune nouă numită dolicostenomielie caracterizată prin alungirea şi subţiimea oaselor lungi.

In domeniul difteriei publică în 1905 «Leçons cliniques sur la diphterie» lucrare în care studiază sindromul secundar în difteria malignă, rinită difterică şi propune un mandrin flexibil pentru intubaţie.

Ca elev al lui Grancher s'a ocupat mult de tuberculoza copiilor. El studiază în 1886 imunitatea în tuberculoză şi stabileşte principiul denumit de ftiziologi legea lui Marfan. După el vindecarea unei tuberculoze locale survenite înainte de vârsta de 15 ani conferă imunitate pentru tuberculoza pulmonară. Această concepţie l-a condus pe Calmette la descoperirea vacinului B. C. G. Marfan a dat o nouă explicaţie scrofuloziei, care după el, este o tuberculoză care evoluiază la indivizi în parte imunizaţi şi care sunt foarte susceptibili de vindecare.

In 1913 înfiinţează revista «Nourisson» în care publică lucrări asupra higienei şi patologiei copiilor de prima vârstă. In această revistă au găsit o bună primire lucrările pediatrilor români şi ale noastre.

Marfan era cunoscut în toată lumea prin numeroasele sale lucrări. Totuşi el ajunge târziu profesor. Intâi a fost numit profesor de terapeutică în 1910. Problema mortalităţii infantile şi a depopulaţiei, care creştea în Franţa, preocupa mult opinia publică. Ca să combată această stare se înfiinţează în 1914 o catedră nouă de «Higiena şi de clinica primei copilării», care se încredinţează lui Marfan, cunoscut prin lucrările sale. Timp de 14 ani el are o activitate didactică foarte mare. In 1928 ese la pensie, continuă însă să producă până în ultimul moment. Moare în vârstă de 84 ani.

Marfan s'a ocupat cu multă convingere de latura socială a puericulturei. Văzând relele rezultate date de leagăne şi de tot ce este aglomeraţie de copii, el a propus ca pentru copiii abandonaţi, să se facă plasament familial supraveghiat. In modul acesta mortalitatea scade la 5 la sută. Prin aceasta el n'a făcut de cât să aplice la copiii găsiţi principiile lui Grancher, care au dat rezultate atât de bune pentru copii proveniţi din familiile tuberculoase. După moartea lui Roux, Marfan a devenit preşedinte al «Oeuvre de Preservation de l'Enfance contre la tuberculose», operă care protejează 6000 copii pe an. Marfan neavând copii şi-a lăsat averea acestei opere. In modul acesta el salvează şi după moarte atâtea vieţi nevinovate.

Credem că ne îndeplinim o pioasă datorie consacrând aceste câte-va rânduri fostului nostru profesor, care acorda o atât de bună primire medicilor români veniţi să ducă mai departe învăţătura marelui maestru.

Dr. HORIA SLOBOZIANU

NICI TOXICITATE

NICI CAUSTICITATE

ANTISEPTICUL IDEAL
ORGANO-CLORAT

CHIRURGIA DE RĂZBOI

Plăgi
Gangrene
Infecţiuni

DAKYNOL

Clor şi oxigen în stare născândă
Comprimate de 0,25 centigr.

CHIRURGIA DE PACE

GINECOLOGIE - OBSTETRICĂ
LEUCOREE
TOALETA FEMEII
SUPURAŢIUNI
EPIDEMIOLOGIE : boale infecto-contagioase.
APĂ DE BAUT.

Soluţia Carrel-Dakin

Preparată instantaneu, la toate formaţiunile, pe front, în spitale, etc.
(12—15 compr. la litru de apă)
Spălătura plăgilor, irigaţiuni, gargarisme.
(Prospectul)

„SPEPHAR" M. HOTT, str. Prof. Bogdan No. 2 bis, Bucureşti.

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.

Condiţiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.
Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru
Bolnavi de plămâni
într'o poziţie privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

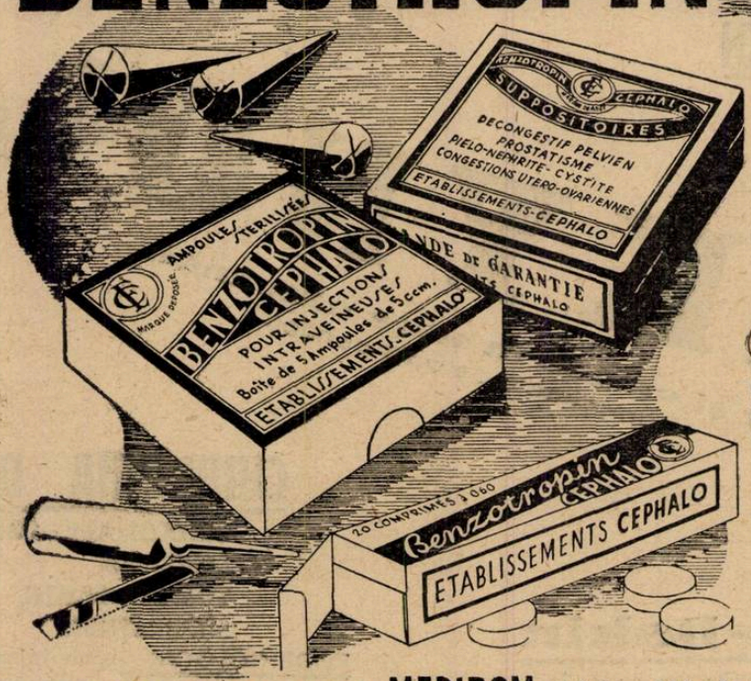
Costul tratamentului:
în camere pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Şef: Profesor Dr. A. Bacmeister.
Medic Conducător: Dr. A. Emmler, Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

Prospecte ilustrate gratuite

BENZOTROPIN CEPHALO



FIOLE

Indicat în afecțiuni colibacilare, infecțiuni ale căilor urinare și biliare precum și în septicemii.

SUPOZITOARE

Indicat în afecțiunile prostatei, congestiuni prostato - vesiculare, uretrite, cistite, pielo-nefrite.

TABLETE

Asociație cu efect sigur dând urinei reacție acidă. Indicat în afecțiunile urinare și biliare.

MOSTRE GRATUITE LA CERERE **MEDIROM** S·A·R· STR. OLARI 23 BUCUREȘTI IV - TEL 2.39.46

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME - GOUTTE - SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Mostre gratuite la cerere MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23, Tel. 2.39.46.

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre gratuite la cerere MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23, Tel. 2.39.46.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

D-l Mareşal Ion Antonescu a inspectat spitalele din Braşov

Duminică 26 Aprilie a. c. Domnul Mareşal Antonescu a inspectat Spitalul civil «Gh. Mârzescu» şi Spitalul militar «Regina Maria» din Braşov

Cu acst prilej Domnia sa a constatat la Spitalul «Gh. Mârzescu» neglijenţă în conducerea şi întreţinerea instituţiei şi *vădite incorectitudini din punct de vedere administrativ.*

Pentru vina din urmă, Domnul Mareşal a ordonat internarea în lagăr a Administratorului Sptalului, Paul Fedoreanu şi Econoamei Ana Şuteu.

La Sediul Militar «Regina Maria» Domnul Mareşal a găsit că atât conducerea cât şi administraţia spitalului sunt în desăvârşită ordine.

Domnul Mareşal le aduce mulţumiri şi laude şi pe această cale.

Spitale date ca exemplu pe ţară de D-l Mareşal Ion Antonescu

Cu ocazia inspecţiei făcute în Basarabia şi Bucovina d-l Maresal Antonescu constatând o foarte mulţumitoare activitatea a mai multor instituţii spitaliceşti le-a citat ca exemplu pe ţară.

Aceste spitale sunt: Spitalul Central din Chişinău condus de d. Dr. Ceapă Calistrat; spitalul Regina Maria din Chişinău, condus de d. Dr. Maior de rezervă Nicolae Constantinescu; spitalul de contagioşi din Chişinău, condus de d. Dr. Gh. Munteanu şi spitalul militar din Chişinău condus de d. Dr. Lt. Colonel Constantin Stamatiu; spitalul mixt din Făleşti condus de d. Dr. Constantin Gheorghiu şi spitalul central din Bălţi, condus de d. Dr. Colonel de rezervă Constantin Stoian.

Spitalul de copii din Cernăuţi, condus de d-na Dr. Astra Nandriş şi spitalul central din Cernăuţi, condus de d. Dr. Ion Nandriş.

Inspectiile d-lui Ministru al Sănătăţii în jud. Argeş şi în Oltenia

In zilele de 2, 3 şi 4 Mai crt. d. **prof. dr. P. Tomescu**, ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a inspectat spitalele, dispensarele şi serviciile sanitare din judeţele Argeş şi din Oltenia.

La Piteşti d. ministru a inspectat Spitalul de Stat pe care l-a găsit bine organizat şi funcţionând în cele mai bune condiţiuni; şcoala de surori-infirmiere a acestui spital în perfectă stare. D. ministru a felicitat pe d. dr. Nelepcu, medicul primar director al spitalului pentru rodnica activitate ce a desfăşurat.

S'a inspectat apoi laboratorul de igienă, care a desfăşurat, sub conducerea d-lui Nestor Dumitrescu, o activitate frumoasă în combaterea boalelor infecţioase.

Dela Piteşti, d. Ministru s'a îndreptat spre Curtea de Argeş. D. Ministru a luat măsuri pentru creşterea capacităţii spitalului şi pentru organizarea muncei copiilor ocrotiţi din preventoriul de copii din aceiaşi localitate. D. Ministru a inspectat apoi o serie de dispensare medicale şi băi populare din comunele Merişani, Băscov, Drăganu, Dedulesti, etc.

D. ministru prof. dr. P. Tomescu s'a îndreptat apoi către R. Vâlcea unde a avut o consfătuire cu d. prefect al judeţului şi cu medicii oficiali asupra terminării tuturor clădirilor sanitare începute şi asupra măsurilor ce trebuesc luate pentru a asigura în cele mai bune condiţiuni asistenţa medicală a locuitorilor.

A urmat apoi vizitarea Spitalului de Stat R. Vâlcea, felicitând pe d-nii d-ri Teodorini şi Valeriu Vlădescu, medici primari, pentru frumoasa lor activitate.

Au fost inspectate apoi: serviciul sanitar al oraşului, dispensarul medical dela Govora, spitalul din com. Horezu, spitalul din com. Novaci.

De aici d. Ministru s'a îndreptat către Tg. Jiu unde a inspectat Spitalul de Stat.

Au avut loc apoi o şedinţă a Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale, d. ministru felicitând pe d-nele din Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale şi pe d. col. Graur, prefectul jud. Gorj, pentru munca rodnică şi încununată de succes ce au depus în opera de asistenţă socială.

A vizitat apoi sanatoriul de tuberculoză pulmonară Dobriţa, serviciile sanitare de judeţ şi de oraş din Tg. Jiu, precum şi dispensarele medicale din comunele Peşteana Rovinari (jud. Gorj), etc.

S'a inspectat apoi spitalul din Filiaşi care a fost găsit instalat în condiţiuni defectucase.

Dela Filiaşi d-sa s'a dus la spitalul Balş pe care l-a găsit bine amenajat şi funcţionând în condiţiuni foarte bune, aducând mulţumiri medicului şef al Spitalului, dr. Ţurlui, pentru activitatea sa.

La Slatina d. ministru a inspectat spitalul din localitate unde a găsit o bună organizaţie.

In acest oraş d. Ministru a avut o consfătuire cu d. prefect al jud. Olt şi cu medicii oficiali spre a se stabili condiţiuni bune de organizare a serviciilor sanitare rurale şi pentru ca toate spitalele rurale să funcţioneze cu un mai mare randament.

Societatea ştiinţifică a medicilor din Bucovina

Consecvenţi imperativului vremii şi sub impulsul actualei conduceri, corpul medical românesc din Cernăuţiul recucerit înţelegând înalta sa menire s'a constituit într'un cerc ştiinţific în scopul de a discuta chestiuni medicale şi medico-sociale interesând colectivitatea românească din această regiune.

Iniţiativa a avut-o Colegiul Medicilor din Cernăuţi în frunte cu D-l Preşedinte Dr. I. Nandris.

In şedinţa inaugurală care a avut loc la 28 Martie 1942 a luat cuvântul D-l Preşedinte Dr. I. Nandriş care a arătat importanţa Cernăuţiului ca centru medical şi care prin spitalele sale car' au 2690 de paturi se plasează după Bucureşti sub acest raport. A arătat apoi importanţa de totdeauna a acestui oraş ca focar de cultură românească şi relevă deasemeni că toate aşezămintele spitaliceşti din acest oraş au fost exclusiv operă românească.

D-sa îşi exprimă speranţa că aceasecţiune ştiinţifico medicală a Colegiului Medicilor să răspundă marei sale chemări.

Apoi ia cuvântul D-l Dr. Octavian Lupu, Directorul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale din Guvernământul Bucovinei, care felicită Colegiul Medical pentru această frumoasă realizare şi urează deplin succes acestei noi înfăptuiri de muncă românească.

S'au făcut comunicări de D-nii D-ri: *Dr. Gh. Constantinescu, Dr. Anton Mihăescu, Dr. I. Serbu, Dr. I. Pop, Dr. M. Maxim, Dr. Astra Nandriş, Dr. I. Gâină, Dr. I. Bulbuca, Dr. Petreanu şi Dr. Dranca.*

La sfârşitul ultimei şedinţe D-l Dr. A. Mihăescu, medic primar a făcut propunerea de a se constitui într'o societate medicală şi de a se redacta un buletin în care să se publice comunicările făcute.

Propunerea e admisă şi luată imediat în discuţiune în care intervine Dr. I Nandriş, Dr. Gh. Constantinescu, Dr. Giosan, etc., numele adoptat este «Societatea Ştiinţifică a Medicilor din Bucovina» iar periodicul ce va apare să poarte numele de «Buletinul Societăţi Ştiinţifice a Medicilor din Bucovina»

Astfel a luat fiinţă în Cernăuţi unde a pulsat în totdeauna manifestări curate de viaţă românească, această societate ştiinţifică menită să ridice şi să menţină cât mai sus prestigiul Corpul Medical românesc.

Rezultatul concursului de externat în medicină din București

Concursul de externat început la 30 Martie a. c., și la care s'au prezentat 390 candidați pentru cele 220 locuri publicate vacante s'a sfârșit la 26 Aprilie. Au fost declarați reușiți următorii candidați în ordinea clasificației:

Chiriceanu M. Mircea, Ciocâltău V. V. Mihai, Drouchet E. Mircea, Ionescu N. Ioan, Ciobanu Nina, Luca Elena, Andreiaș M. Nicoleta, Radian C. Nicolae, Ioniță N. Dumitru, Palade Constanța, Iorgulescu Alix. Ioan, Rădulescu Gh. Ioan, Cosma I. Petrescu C., Turcu Ionel, Popescu Veturia Ada, Voiculescu M. Anghel, Mateescu Costea Otilia, Nedelcu Marcela, Enescu Ioan Radu Savu A. Emilia, Iogu Gh. Florica, Barbu Ioana, Ceaușu P. Emanoil, Mașca Letiția, Tugui Ionel, Bacalu B. Balentina, Stănescu Sergiu, Unteanu Gh. Gheorghe, Rădescu S. R. Eduard, Mircea R. V. Mihail, Petrescu Tomis, Firu I. Petre, Nistor Ioan, Rosetti I. Maria, Cavadia M. Gertruda, Trandafirescu Mircea, Georgescu M. Aurel, Alexandru Viorica, Petroianu Gh. Radu, Baba C. Ioan, Munteanu V. Emanoil, Medrea C. Oleg, Gogu A. Ion, Diaconescu V. Mihai, Lăzărescu C. M. Gh., Oancea Cleo, Andrei Constantin, Gruia M. Mircea, Popescu D. Petre, Popov Tvetco D., Pruncu Maria, Stifuțiu I. Vasile, Paraschivescu Eug. Gh., Spânișteanu Victoria, Stoicescu C. Constantin, Constantinescu D-tru, Ioanițiu Felicia, Precup Constantin, Bulfinschi G. C., Buzescu N. M. N., Anghelide A. Radu, Ionescu Eliza, Dimitriu D. I. Teodor, Georgescu N. Ioan, Miulescu Olga C., Vlad Mirce, Mihu Alexandrina, Ionescu T. I. Victor, Cernescu Mircea, Lutescu N. Ioan, Orfanu Nicolae, Măgheroșan Simeon, Cerneavski Irina, Pătrașcu I. Paul, Popescu D. Viorica S. Popescu Silviu Alex., Străjescu M .Ebuginiu, Nicolescu V. Gh., Sonea Sorin, Arsenescu I. Gheorghe, Beuran Gr. Toma, Ciopală Eugeniu, Nițescu Șerban, Minculescu Eufrosina, Constantinescu C., Spirescu Gr. Gheorghe, Pascu V. Horia, Spandonide Teodor, Anghel Gh. Aron, Simionescu A. George, Vulcan Gh. Pavel, Nestor Tiberiu, Critsea Eva Sible, Damian Gh. Teodoru, Petorian Elena, Hașiganu Ana Maria Med., Enescu E. Mihail, Popescu Aspasia, Popescu St. Elena, Ștefănescu C. Angela, Fotiade Georgeta, Atănăsoaia Mihai Ionescu T. Teodor, Caracaș Traian, Jica N. Avida, Iosipescu C. A. George, Ifrim C. Mitrița, Stan Veronca Stavrache C. Ion, Luca Andrei, Dumitru D. Angela, Ivan Florica, Schiller T. Alexandru, Sava D. Gheorghe, Alexandru A. Mihai, Smada N. V. Lidia, Constantinescu Aaleria, Mihăescu Nigrim Vlad, Crăescu Eliza, Arghiriade Gabriela, Dănilă P. Petre, Ionescu N. Florea, Ciupercă Constanțat, Dumitrescu A. Marin, Popescu P. Ioan, Bărcănescu V. Nicolae, Calancea P. Mihail, Popescu R. Virghia, Benzea Rezeda, Coarnă Iulia, Bilik S. Vsevolod, Ioanin Constanța, Krumes George, Tănase M. Lucia, Ionescu I. Maria, Mateescu Al. Mircea, Medrea O. Elvira, Mihăilescu St. Emil, Costescu C. Niță, Bibăie C. Vlad, Serachetopol Ioan, Iirnici Ecaterina, Dumitrache I. Mihail, Popescu Henric N., Bălășoiu Radu, Minculescu Nicolae, Poepescu A. Carmen, Sachelarie Margareta, Gerău N. Constantin, Coca Radu, Darie Valeria, Drăgoi C. Maria Elena, Șoitan, I. Victoria, Popescu I. Nicolae, Săvoiu C. Constanța, Topciu Vladimir, Antofie Alexandru, Săndulescu, Alexandru, Grigore Evelina, Blaga I. C-tin, Bârsan C-tin, Cominu Gh. Elly, Ludu Ionel, Scurei P. Alexandru, Mantu Mircia, Dobrinescu Ioana, Martiniuc Emil, Petcu Maria Zoe, Popescu F. Eugenia, Popescu N. Iulia, Eremia Alexandru Halip Lidia, Zacca T. C-tinescu, Moman Stelan, Moise R. V. Radu, Rădulescu A. Cezar, Ionescu St. Nicolae, Cristea M. Alexe, Lungu I. Gabriel, Sgândăr C. Maria, Rădulescu P. Mircea, Rusu C. Traian, Brezeanu D. Paula, Filip C. Eugen, Vasile Gl. Iordache, Ciocănescu Adriana, Calciu R. V. Mihai, Gheorghiu V. Matei, Adriano Dinu, Simionovici Florica, Mihăilescu N. Nicolae, Popescu R. Natala, Dinu St. Gheorghe, Mihăilescu N. M. C-tin, Alaci Georgeta Braghină Justina, Cișmiriu Florin, Serafim Elisabeta, Albulescu Eugenia, Gărdescu C. Ioan, Moldovanu Rodica, Samson Petre Ionescu I. Ionel, Păunescu Gh. N., Dumitriu V. A. Lupu, Ionescu B. Elena, Popișteanu Paul, Popescu St. Paulina, Cioranu Valentina, Tomuță Emilia, Mihăescu Gh. C-tin, Strașcă Gh. Ligia, Iordănescu D. Emilia, Iacomi Ana, Teju St. Gheorghe, C-tinescu Cosmin, Ionescu I. M. Nina, Constantinescu R. Ioan.

Credite pentru întemeierea de farmacii în mediul rural

Monitorul Oficial publică decretul-lege pentru sporirea capitalului Institutului de Credit Românesc cu 150.000.000 de lei, sumă ce va fi folosită mai ales pentru a pune la dispoziția farmaciștilor români credite avantajoase pentru întemeierea de farmacii cu deosebire în mediul rural.

Examenele de clasificare pentru medicii primari de specialitate

In lunile Iunie și Noembrie 1942 vor avea loc două sesiuni de examene de clasificare pentru medicii primari de specialitate.

Prima sesiune de examene va începe în ziua de Joi 18 Iunie iar a doua sesiune în ziua de 16 Noembrie 1942.

Examenele se vor ține pentru următoarele specialități:

a) Din grupul specialităților medicale:

1. Medicină internă.
2. Pediatrie și puericultură.
3. Dermatologie, sifilis și boli venerice.
4. Boli contagioase.
5. Tuberculoză.
6. Neurologie.
7. Psihiatrie.

b) Din grupul specialităților chirurgicale:

1. Chirurgia generală.
3. Chirurgie infantilă și ortopedie.
4. Stomatologie.
5. Neurochirurgie.
6. Oftalmologie.
7. Oto-rino-laringologie.

Cererile însoțite de acte se vor adresa Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale cu zece zile libere înainte de datele fixate pentru examen. In cereri se va specifica specialitatea pentru care se concurează.

Candidații la examenele de clasificare pentru medicii primari de specialitate trebue să aibă un stagiu spitalicesc de cel puțin trei ani în specialitatea respectivă ca doctor în Medicină timp în care să fi ocupat o funcțiune publică, (medici secundari, preparatori, asistenți universitari etc.) în țară sau într'o instituțiune publică din străinătate recunoscută de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Probele examenelor de clasificare precum și chestionarele de medicină socială, de chirurgie operatorie, de epidemiologie, de tehnică radiologică sunt publicate în Monitorul Oficial Nr. 109 din 12 Mai 1942.

BIBLIOGRAFII

Aux confins de la dyspepsie, par **Maurice Loeper**, Professeur de clinique médicale a la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Academie de médecine. *Masson et C-ie, éditeurs.* Un volum de 308 pag. cu 53 figuri 1.85 dolari.

Această lucrare este consacrată mai ales dispepsiilor secundare. Dispepsia este într'adevăr rareori limitată la stomac. Ea este deseori digestivă și totală, ceiace complică diagnosticul și etiologia ce se întinde încontinuu complicându-i tratamentul.

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

NOTIŢE TERAPEUTCIE

Combaterea durerilor în chirurgie cu ajutorul Dolantin-ului

F. Schäfer
Spit. Com. Berlin-Wilmersdorf, Dtsch. med. Wschr. 1939, No. 24. pag. 970

La aproximativ 400 bolnavi s'a administrat cu succes Dolantin. Bolnavii cu iar cei cu dureri mai intense, cu ajutorul injecţiilor subcutanate, intramusculare şi intraveninoase. Acţiunea spasculare şi intravenoase. Acţiunea spasmolitico-analgetică a acestui medicament, a fost evidentă în special în cazurile de calculoze. La 9 din 12 bolnavi cu forme grave de colici renale, aplicarea intravenoasă de 100 mg. (injecţia a fost repetată de 4 ori, după 15 minute) produce în câteva minute o analgezie perfectă. Deasemenea şi tenesmele uretrale şi ale vezicii urinare provenite în urma unor procese inflamatorii, pot fi înlăturate cu uşurinţă, administrând 100 mg. Dolantin, intravenos. In colicile hepatice s'a obţinut rezultate analoage, în 2 cazuri după injecţii intramusculare şi în 3 cazuri după aplicarea intravenoasă de 1—2 fiole; în schimb la un bolnav cu hiperestezie, rezultatul n'a fost îndestulător. In durerile postoperative, Dolantin a fost aplicat în 160 cazuri. Se administrează în loc de 0,01—0,02 g. morfină, Dolantin intramuscular, la toate operaţiile făcute sub narcoza cu Evipan şi la cele executate în anestezie locală; în 50 din cazuri această dozare a dus la rezultatul dorit, la celelalte a mai fost nevoie de încă 1—2 fiole în decursul nopţii. In 10% din cazurile controlate, efectul Dolantin-ului s'a dovedit neîndestulător, probabil fiindcă acest medicament nu acţionează ca sedativ resp. narcotic. Aproximativ 100 bolnavi cu fracturi obţinură, unii 1—3 pastile de câte 25 mg. Dolantin, injecţii subcutanate, intramusculare şi intravenoase în timp ce ceilalţi au dureri mai pronunţate. Efectul a fost obţinut aproape în toate cazurile. In 30 cazuri de fracturi ale craniului asociate cu comoţii cerebrale, Dolantin duce în scurt timp la rezultat. De obiceiu se aplică 4—6 pastile (100—150 mg.) Dolantin, pentru un interval de timp de 24 ore, nu însă pe stomacul gol. Schäfer aplică în formă de injecţii subcutanate şi intramusculare de 4 ori câte 100 mg. în timp de 24 ore. Intervalul de timp dintre injecţii, trebue să fie de cel puţin 4—5 ore. Durata injectării intravenoase a unei cantităţi de 2 cmc. Dolantin, trebue să fie de 3 minute; această doză poate fi repetată — în cazurile de colici — numai după 15 minute. Se recomandă însă, să nu se injecteze intravenos cantităţi mai mari de 200 mg. In ceea ce priveşte efectul Dolantin-ului aplicat pe cale rectală, ne lipsesc până în prezent observaţiuni precise. Din bolnavii trataţi cu Dolantin, numai 4—5 au prezentat fenomene de greaţă, transpiraţiuni şi ameţeli, însă numai timp de vreo 10—20 minute — manifestaţiuni produse în parte din cauza aplicării pastilelor pe stomacul gol, iar într'un caz, fiindcă s'a aplicat intravenos în decurs de 10 minute o cantitate de 200 mg. Dolantin nu posedă acţiune hipnotică, iar în cazurile în cari se cere acest efect, se recomandă Evipan, Adalin, Phanodorm, etc. Efectul Dolantin-ului (100 mg. intramuscular) durează în cazurile grave 5, iar în cele mai puţin dureroase, 7—8 ore. Obişnuinţă şi fenomene de cumulaţiune nu au fost semnalate până în prezent. Aproape în toate cazurile, Dolantin, înlocueşte cu succes alcaloizii opiului.

Alinarea durerilor de naştere prin Dolantin

W. Benthin
Königsberg, Dtsch. med. Wschr. 1940, No. 28, pag. 760.

Pentru a înlocui narcoticele generale (Avertină, Evipan-sodic etc.), care se întrebuinţau spre a alina durerile de naştere, Benthin a început în anul 1938 o serie de cercetări cu Dolantin, preparat care nu influenţează atât de mult starea de conştiinţă a pacientului. Dolantin aplicat singur, fără a fi nevoie să fie asociat cu Novalgin sau alţi compuşi asemănători, s'a dovedit foarte bun la un număr de aproape 400 cazuri. Doza cea mai corespunzătoare pentru a obţine efectul dorit este de 100 mgr. de substanţă administrată în injecţiuni intramusculare şi două supozitoare de câte 100 mgr. Spre a evita vărsăturile, nu se administrează preparatul sub formă de tablete. Dozele precomizate pot fi repetate a doua oară după 3—5 ore iar în cazul când naşterea durează şi mai mult, se pot repeta pentru a treia oară. In general, repetarea tratamentului nu a fost necesară decât foarte rar şi numai atunci când administrarea analgeticului nu s'a făcut în pericada de deschidere. In faza de expulzare sunt necesare numai doze mici de Dolantin. Dolantin nu modifică intensitatea durerilor şi de regulă contribue la scurtarea duratei naşterii. Sub influenţa Dolantin-ului, perioada postpartum evoluiază normal, iar desfacerea placentei urmează repede dacă se administrează Gravitol ca profilactic. Din totalul cazurilor tratate s'a constatat de 5 ori atonie uterină, care a fost însă uşor înlăturată printr'un tratament potrivit. Dolantin nu influenţează starea copilului iar accidentele de asfixie (3,2%) şi moarte (1%), constatate în cursul observaţiunilor noastre, nu pot fi puse pe socoteala preparatului. Acţiunea Dolantin-ului se manifestă după 10—20 minute dela administrare şi se consideră superioară, dacă analgezia e asociată cu o uşoară stare de hipnoză. In mod excepţional s'a constatat ineficacitatea acţiunii analigetice a Dolantin-ului, dar în aceste cazuri, dacă a fost nevoie, s'a administrat eter sau Evipan-sodic. Dolantin a atenuat eficace durerile şi a înlăturat frica de durere la femeile, care deşi au fost tratate cu morfină la naşterile anterioare, totuşi au suferit foarte mult.

Inlocuirea morfinei şi a derivaţilor săi în ginecologie, prin Dolantin

H. E. Sostmann
Spit. Com. Mannheim. Med. Welt 1940, No. 13, pag. 325

Dolantin acţionează că analgetic fără ca să prezinte în acelaş timp manifestaţiuni narcotice sau analgetice. Sostmann controlează analgezia produsă de Dolantin în mai bine de 200 operaţiuni ginecologice, în care până atunci se aplicau opiacee. In primele 24 ore după operaţie, se administrau de 2—4 ori câte 1—2 cmc. Dolantin intramuscular; analgezia produsă era perfectă şi dura de obiceiu 4—6 ore, fără să fie nevoie de un adaus de alte medicamente. Graţie Dolantin-ului s'a obţinut analgezia postoperatorie dorită, chiar şi după operaţiuni ginecologice mai mari (Freund-Wertheimer). In schimb nu mai era nevoie de caterizarea obişnuită după aplicarea de opiacee. Anestezia lombară era executată cu o soluţie de Pantocain (soluţia executată cu lichid cefalorahidian); cefaleele semnalate foarte rar, au fost cu uşurinţă înlăturate, în urma aplicării de Dolantin. Acest analgetic are o acţiune pronunţată în special în durerile provenite în urma stărilor spasmodice (dismenoree spastică), astfel încât de obiceiu ajunge aplicarea zilnică a unui supozitor 100 mg. In afecţiunile anexiale acute, în pelviperitonite, în colicile hepatice, aplicarea intravenoasă a Dolantin-ului — contrar opiaceelor — duce în scurt timp la analgezia necesară. In unele cazuri de tuse spasmodică, s'a aplicat cu succes Dolantin în locul Codein-ei.

Dolantin a mai fost aplicat cu succes pentru slăbirea defensei abdominale în examinările interne, precum şi pentru prepararea cistoscopiilor. In formele grave de carcinomatoză, acţiunea Dolantin-ului poate fi diminuată din cauza obişnuinţei cu morfină. In urma aplicării parenterale (i. v.; s. c.; i. m.) a Dolantin-ului, se semnalează o scădere a tensiunei sanguine cu 20 mm. Hg. Nu s'a observat însă niciodată obişnuinţă faţă de acest medicament.

fabrica de produse chimice
gedeon richter
București V,
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69.03

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

Subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 şi 5 cc. conţinând 4 respectiv 10 mgr. iod.

Preparat sulfamidat

AMBESID

TABLETE ŞI FIOLE

Conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tablete

Fiole de 2 şi 5 cc. cu un conţinut de 10%

Indicat în stările de infecţiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi, gonococi şi colibacili

---

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 şi 1000 unităţi internaţionale.
Fiole de 100 unităţi internaţionale, în soluţie apoasă.
Fiole de 1000, 10.000 şi 50.000 unităţi internaţionale, în soluţie uleioasă.

NOUA FORMĂ IN
GRANULE

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate - Decalcificări

Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiza.

CALCIGÉNOL
GRANULE

FORMULA:

FOSFAT DE CALCIU MICELAR,
HIPOFIZA, PARATIROIDA.

GRANULE: 2-3 linguriţe de cafea pe zi.

LABORATORUL DOCTOR PINARD — PARIS
Eşantioane şi literaturi:
Laboratorul Farmaceutic «LUTEŢIA» S. A. R., 103 Str. Toamnei, Bucureşti III. Tel. 2.21/38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XX No. 11 — 15 Lei Exemplarul — 1 Iunie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

Lecţia inaugurală a D-lui Prof. Dr. Bazil Theodorescu.

Cuvântarea D-lui Prof. Dr. Vintilă Ciocâlteu, Decanul Facultăţei de Medicină 153

Lecţiunea D-lui Prof. Dr. Bazil Theodorescu 154

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. V. TUCHEL: *Aspecte asupra plăgilor abdominale şi tratamentul lor în actualul război* . 160

ŞEDINTA CONSILIULUI SANITAR SUPERIOR

Problema epidemiilor de război; Viaţa medicală în ţară; Combaterea mortalităţii infantile . . 162

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Expunerea asupra epidemiilor de război şi asupra vieţii medicale în diferite regiuni ale ţării* 162

Dr. OVIDIU VASILCO şi Dr. CORNEL CONSTANTINESCU: *Raport asupra combaterii mortalităţii infantile prin gastroenterită* . . 163

Cuvântarea D lor Prof. Dr. Dan Theodorescu, I. Bălteanu, N. Gh. Lupu, V. Ciocâlteu, Dr. Cornel Radu, Col. Dr. Capitanovici, Dr. Pătrăşcanu, Dr. Gh. Banu şi Dr. I. Stoichiţia 162

Pagina

NOTE ŞI INFORMAŢII

Constatările D-lui Ministru al Sănătăţei la instituţiile sanitare din ţară 164

Intrunirea Inspectorilor generali sanitari 166

Concurs de medici secundari de spitale 166

Conferinţa D-lui Prof. Dr Marotta asupra «Organizării sanitare a statului Italian» . . . . . .

Examenele de clasificare pentru medicii primari de specialitate . . 167

NECROLOG

Prof. Dr. Constantin Bacaloglu de Prof. Dr, Vintilă Ciocâlteu . . . 168

BIBLIOTECA CENTRALĂ „ASOCIAŢIUNEA” CLUJ

ABASIN

Sedativ diurn

Absolut inofensiv. Calmează prompt fără a influenţa facultăţile psihice şi fizice.

Tuburi cu 10 şi 20 tablete de 0,25 g.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „Romigefa" S. A. R. Bucureşti I.
Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86.

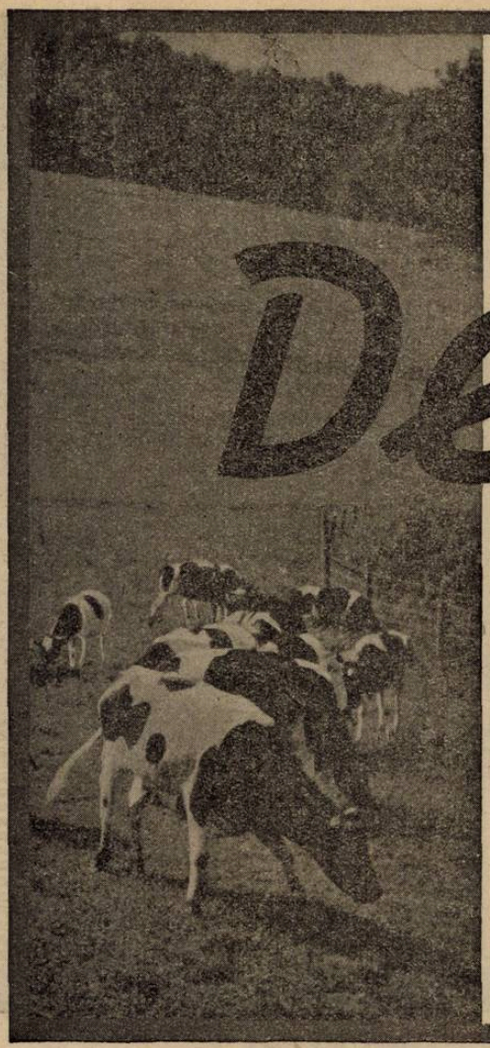
Către Domnii Medici Radiologi
şi Autorităţile Sanitare!

Pentru a lămuri pe Domnii Medici Radiologi şi Autorităţile Sanitare şi a nu lăsa să se răspândească cu rea credinţă ştiri neexacte, aducem la cunoştinţă următoarele:

1. **Electricitätsgesellschaft „SANITAS" Berlin NW 7**
   este o firmă cu renume mondial, fondată acum 43 de ani şi posedă o uzină cu mii de lucrători şi o organizaţie de desfacere pe întreg globul.
2. **Aparatele radiologice şi electromedicale „Sanitas" — Berlin — sunt cele mai moderne, iar din punct de vedere al perfecţiunei tehnice sunt neîntrecute** *de nici o altă marcă concurentă.*
3. **Aparatul** *„Automatos"* **este o capod'operă fără rival şi o perfecţiune desăvârşită în construcţia aparatelor radiologice cu automatizare într'adevăr integrală.**
4. **Instalaţiile de micro-foto-radiografie nu sunt o specialitate a anumitor fabricanţi ci ele se fabrică şi se livrează de mult şi de către Uzinele „Sanitas" cu cameră fotografică Kontophot-„Zeiss" şi cu diagnostor Prof. Holfelder.**
   Uzinele „Sanitas" indică referinţe nenumărate de primul rang.
5. **„Tomograf"-ul pentru executarea radiografiei în straturi şi secţiuni — indispensabil la combaterea tuberculozei — nu a fost întrecut din punct de vedere al construcţiei de către concurenţă. Aproape 250 de tomografe sunt vândute şi funcţionează la cele mai importante clinici din lume, aceasta fiind o dovadă de perfecţiunea şi utilitatea lor.**
6. **Noul „Multostat-Universal" şi „Electrocardiograf"-ul „Sanitas" sunt deasemenea o dovadă de mare perfecţiune, aceasta fiind caracteristica tuturor aparatelor „Sanitas" prin care această firmă şi-a asigurat un loc de frunte în toată Europa.**
7. **In colaborare tehnică şi comercială cu** *Compagnie Générale de Radiologie Paris* **uzinele „Sanitas" Berlin, desfac prin Societatea noastră şi în România produsele radiologice** *„Sanitas-CGR".*
8. *Posedăm în Bucureşti, Şos. Bonaparte 58—60, un atelier modern utilat, condus de ingineri-specialişti pentru întreţinerea şi repararea aparatelor radiologice şi electromedicale,* **care poate fi vizitat oricând de Domnii reprezentanţi a Autorităţilor şi de Domnii Medici Radiologi din ţară.**
9. **Secţia noastră pentru aparatele radiologice şi electromedicale este condusă de** *ingineri diplomaţi electricieni, având o vastă şi îndelungată experienţă.*

Reprezentanţa Generală şi Depozit permanent pentru România a Uzinelor
ELECTRICITAETSGESELLSCHAFT „SANITAS" Berlin NW 7

„CARTEA ROMÂNEASCĂ" S. A.
Bucureşti I, B-dul Regele Carol I Nr. 3



PENTRU STIMULAREA

SECREȚIEI BILIARE: Comprimate

DIUREZEI: Fiole

Fiole

Decholin

conține principiul choleretic și cholagog al ficatului.

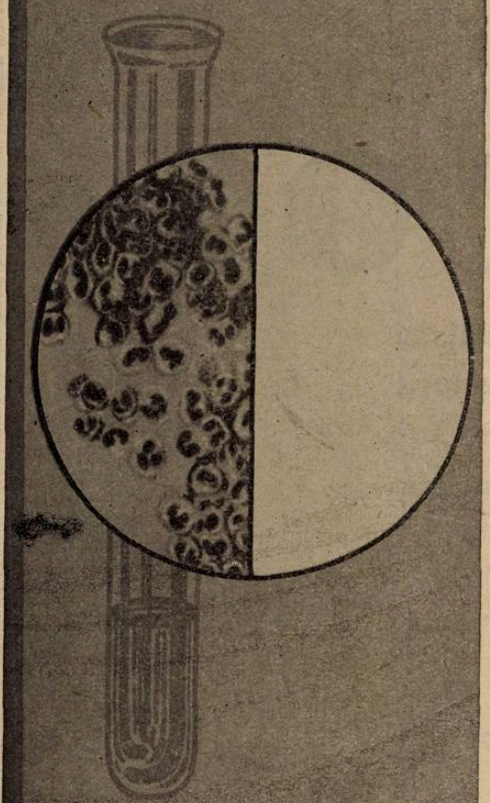
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



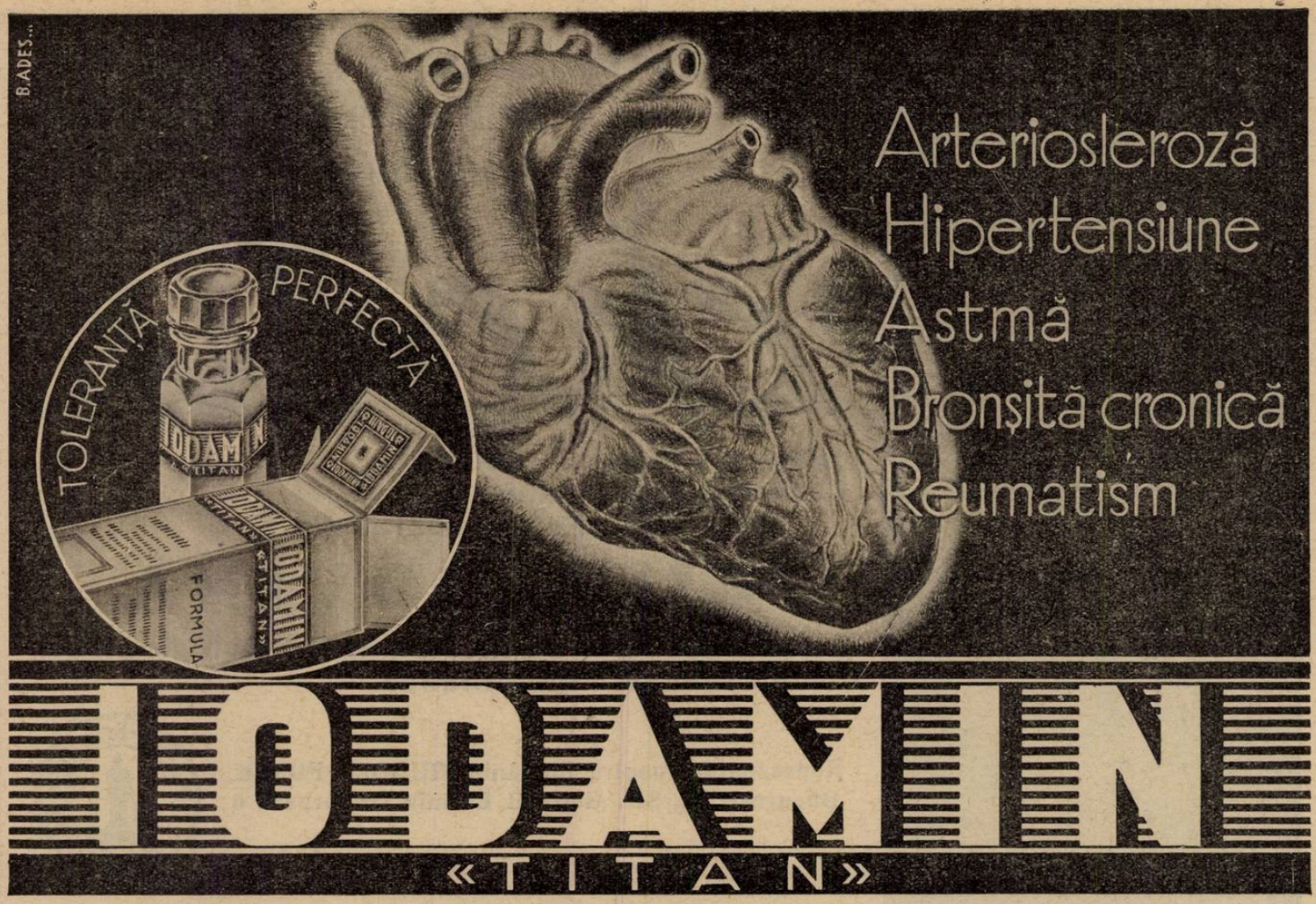
ANTISEPTIC, URINAR ȘI GENERAL

NEOHEXAL

în toate procesele infecțioase ale căilor urinare, precum și în gripe și răceli

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



IODAMIN

«TITAN»

FIOLE **PICĂTURI**

Repr. generală pentru România: «S. I. F.» s. a. r. Avram Iancu 32, București IV. Tel. 5 51.51

Contra hemoragiilor în obstetrică și ginecologie

GRAVITOL

Uterostiptic sintetic cu acțiune electivă, uniformă, rapidă și persistentă asupra uterului. Fără efecte secundare. Bine tolerat per os, subcutanat și intramuscular.

Cutii cu 3 și 10 fiole de 1 cmc.

Ambalaj ou 20 drageuri de 0,02 gr.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R. București I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86.

Anul XX No. 11 15 Lei Exemplarul 1 Iunie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Lecţia inaugurală a D-lui Prof. Bazil Theodorescu

ţinută în Amfiteatrul Facultăţei de Medicină în ziua de 20 Mai 1942

Au luat parte la această solemnitate D-nii: Profesor Mihai Antonescu, Vice Preşedintele Consiliului de Miniştri, Profesor Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale, Profesor Horia Hulubei, Rectorul Universităţei din Bucureşti, Profesor Dr. Vintilă Ciocâlteu, Decanul Facultăţei de Medicină, D-nii profesori ai facultăţei de medicină precum şi un mare număr de medici şi studenţi.

Cuvântarea D-lui Decan Prof. Dr. Vintilă Ciocâlteu

Domnule Prim Ministru,

Domnilor Miniştri,

Domnule Rector,

Domnilor Profesori,

Onorat Auditoriu,

Domnul Profesor Dr. Basil Theodorescu îşi va desvolta astăzi în faţa Domniilor Voastre lecţiunea lui inaugurală în calitatea de profesor de Clinică Medicală pe care o deţine la Facultatea noastră.

Ca fost elev al şcoalei franceze şi ca succesor al regretaţilor Profesori Stoicescu, Nanu Muscel şi Bacaloglu. Domnia-Sa se încadrează într'o tradiţie clinică de frunte.

Doctor al Facultăţii de Medicină din Paris şi fost Intern al Spitalelor din Paris, reuşit al 20-lea din 800 de candidaţi, sub juriul prezidat de Profesorul Duval, dl. Profesor Bazil Theodorescu se prezintă la înălţimea catedrei cu toată prestanţa pe care i-o dă situaţia D-sale de fost discipol al maeştrilor Arrou. Apert, Laffite, Roger. Gilbert şi Vaquez în serviciile cărora şi-a complectat instrucţia medicală.

Numele acestor mari cameni de ştiinţă ai Franţei vă este tuturora bine cunoscut. Nu voi vorbi deci despre publicaţiile lor. Voi aminti că Lafitte este acelaş Lafitte care împreună cu Berger, Babinsky şi Henriquez a scris valorosul Tratat de Patologie internă, că Roger este fostul Decan al Facultăţii de Medicină din Paris şi Profesorul de Fiziologie, care a scris împreună cu Binet cunoscutul tratat de Fiziologie şi care împreună cu Widal şi Teissier a luat iniţiativa şi a prezidat publicarea marelui tratat de Patologie Internă editat în 25 volume, că Gilbert este specialistul de boli de ficat, care a colaborat împreună cu Brouardel şi Thoinot la editarea celuilalt mare tratat francez de Patologie Internă şi în sfârşit că Vaquez este celebrul profesor de Clinică Terapeutică al Facultăţii de Medicină din Paris şi specialistul în boli de inimă, care a scris tratatul de boli de cord, atât de mult întrebuinţat de tinerii noştri candidaţi la concursul de internat.

La sfârşitul stagiului său de internat dl. Profesor Bazil Theodorescu a avut satisfacţia de a primi premiul Lewy-Frankel, decernat unui intern al spitalelor din ultimul an de internat pentru activitatea desfăşurată în decursul stagiului, şi apoi satisfacţia de a fi laureat al Facultăţii de Medicină din Paris şi în urmă Şef de Clinică Terapeutică prin concurs în serviciul maestrului său preferat: Profesorul Vaquez.

Reîntors în ţară D-sa a onorat funcţiunea de şef de lucrări în clinica d-lui Profesor Dr. Danielopolu şi ulterior pe aceia de agregat în aceiaş clinică.

Activitatea D-sale ştiinţifică este oglindită în diferitele comunicări şi publicaţiuni făcute în revistele de specialitate din ţară şi străinătate.

Numele ilustre ale atâtor savanţi care au concurat la formarea personalităţii medicale a Dlui Profesor Dr. Bazil Theodorescu îmi aduc fără voe aminte de o frază pe care Doctorul Alexis Carrel a scris-o în prefaţa celebrului său volum «L'Homme, cet inconnu» a cărui redactare poate că n'ar fi avut niciodată loc, fără multiplele relaţii cu oamenii de ştiinţă, de litere şi de artă de prima strălucire, pe care Carrel a avut fericirea de a le avea în decursul splendidei lui evoluţii intelectuale.

«Graţie acestor relaţii, spune Carrel, mi s'a oferit posibilitatea de a-mi concentra atenţia asupra celor mai variate domenii de activitate, care în mod obişnuit absorb clipă de clipă şi an de an, fiecare în parte viaţa întreagă a câte unui savant.»

Aceste relaţii, scrie în altă parte şi cu un accent de curioasă modestie Alexis Carrel, «au constituit pentru mine o şansă de a mă găsi în condiţii optime de desvoltare, fapt care mi-a dat posibilitatea de a studia fără sforţare şi fără nici un merit din partea mea, fenomenele vieţii în turburătoarea lor complexitate».

Transpunând aceste amintiri din domeniul biologiei în cel al clinicei, am sentimentul siguranţei că oportunitatea pe care a avut-o Dl. Profesor Bazil Theodorescu de a-şi desăvârşi instrucţia medicală sub auspiciile atâtor iluştri savanţi, i-a oferit şi Domniei-Sale posibilitatea de a studia în condiţii optime fenomenele **morbide** ale vieţii în toată turburătoara lor complexitate, însuşindu-şi astfel cele mai variate cunoştinţe clinice în domeniile în care s'a desfăşurat clipă cu clipă munca de o viaţă întreagă a maeştrilor cu care a colaborat.

Cu acest sentiment de siguranţă urez Dlui Profesor Bazil Theodorescu o activitate rodnică în misiunea de Profesor Universitar care i se deschide, misiune pe cât de frumoasă tot pe atât de grea şi de plină de răspunderi nu numai faţă de instituţie, dar şi faţă de tineretul la a cărui instrucţie şi educaţie este chemat să contribue.

Lecţia inaugurală a D-lui Prof. Bazil Theodorescu

Domnule Preşedinte,
Domnule Ministru,
Domnule Rector,
Domnule Decan,
Onoraţi colegi,
Doamnelor,
Domnilor,

Permiteţi-mi să încep prin a mulţumi D-lui Mihail Antonescu, Vice-Preşedintele Consiliului de Miniştri, pentru prietenia ce-mi arată, onorând cu prezenţa d-sale lecţia mea inaugurală; să-l asigur că preţuesc mult această onoare, şi să-i exprim statornicia devotamentului meu.

Mulţumesc deasemenea D-lui Ministru Tomescu, cât şi d-lui Rector Hulubei pentru marea cinste ce-mi fac, asistând la această lecţie.

Domnilor,

In ziua când scumpul meu prieten, Profesorul Ionescu-Siseşti, m'a înştiinţat că aproape în unanimitate, Consiliul profesoral m'a recomandat pentru catedra de clinică medicală vacantă, vă mărturisesc că nu am resimţit o bucurie, ci o profundă emoţie.

Ca şi astăzi, când vorbesc în faţa dumneavoastră, resimt o profundă emoţie, pentrucă am considerat întotdeauna, că de funcţia de profesor se leagă şi onoare, dar şi mai multă răspundere.

A primi sarcina să contribue la formaţia ştiinţifică a medicilor de mâine, este de sigur o misiune destul de grea; dar când ştii că pe lângă această misiune de ordin ştiinţific, îţi iei în acelaşi timp pe aceea de a semăna sau a desvolta în sufletul tineretului medical, sentimentele care să-l facă demn de profesiunea de medic, ai motive să te întrebi cu îngrijorare, dacă vei putea face faţă.

Fără îndoială, că o solidă pregătire ştiinţifică este din ce în ce mai necesară unui medic. Dar ce ar însemna această pregătire, dacă medicul care ar avea-o, nu ar poseda în acelaşi timp calităţile, care să-l ridice tot mai sus pe treapta omeniri? Puţin sau foarte puţin.

Căci dacă din punct de vedere strict profesional, valoarea medicului se judecă după rigoarea cu care ştie să observe, după gradul de pătrundere al spiritului său şi după întinderea cunoştinţelor ce posedă, să nu uităm că misiunea noastră este în primul rând, ca dacă nu putem vindeca decât uneori, cel puţin să alinăm adesea, şi să consolăm întotdeauna pe suferinzi.

Profesiunea noastră, care nu ezit să spun este cea mai nobilă, are drept scop combaterea, vindecarea sau alinarea bolilor omului.

Spre a-şi ajunge scopul, nu este însă destul să cunoaştem mijloacele pe care experienţa de veacuri a înaintaşilor noştri le-au acumulat, cât şi armele pe care cercetătorii ni le pun la dispoziţie. Trebue să învăţăm să cunoaştem atât din punct de vedere trupesc cât şi sufletesc, nu omul-standard aşa cum unii vor să ni-l prezinte, ci oamenii.

Şi trebue să-i cunoaştem bine, căci ne apropiem de dânşii mai ales în momentele de suferinţă, când cea mai tare voinţă simte nevoia unui sprijin.

Vă daţi seama, domnilor studenţi, la ce înalt grad trebue să posedaţi sentimentele de bunătate, de milă şi de înţelegere a omenirii, pentru a duce la bun sfârşit chemarea dumneavoastră?

Dar în afară de aceste simţiminte, care trebue să facă parte din sufletul medicului, este indispensabil să ştim să facem din ce în ce mai respectată, nu numai profesiunea noastră, dar să ne facem respectaţi şi pe noi înşine.

Pentru aceasta, este destul să îmbrăţişem doctrina de care vorbeşte Tacit, considerând bine numai ce este cinstit, rău ceia ce este ruşinos, şi să nu considerăm puterea, bogăţia, şi tot ce este în afară de suflet, nici ca bunuri nici ca răuri.

Să ne ferim de ambiţii sterpe cari ne macină sufletul; să nu avem decât o singură mare ambiţie, mai ales în aceste timpuri, aceia de a ne servi ţara şi neamul românesc. La această sfântă datorie, putem răspunde cu toţii dela locurile de unde ne aflăm; şi acel dăruit de soartă să poarte răspunderea prezentului şi viitorului acestui neam, ca şi săteanul dela coarnele plugului sau soldatul, încărcat de glorie, din linia de bătaie; şi acei ajunşi la cele mai înalte trepte ale carierii medicale, ca şi medicul de circumscripţie rurală.

Iar dumneavoastră, domnilor studenţi, vă faceţi din plin datoria, căutând să vă îmbogăţiţi cât mai mult cunoştinţele în timpul perioadei de studii, spre a fi cât mai folositori ţării odată intraţi în cariera medicală.

Iată mai ales dece, domnilor, mă întreb cu îngrijorare, dacă voi putea face faţă datoriei de a sădi sau desvolta în sufletele elevilor mei, aceste calităţi.

De sigur că nu am putut răspunde la această întrebare.

Răspunsul nu va putea fi dat, decât după ce vor trece anii, şi cei cel vor putea da, veţi fi dumneavoastră care mă ascultaţi.

In ce mă priveşte, pot să vă declar că am încredere că acest răspuns îmi va fi favorabil.

Am încredere, pentrucă îmi voi consacra toate puterile către acest ţel; am încredere pentrucă voi avea în minte ca întotdeauna imaginea maeştrilor mei şi mă voi sili să fac pentru dumneavoastră tot ce dânşii au făcut pentru mine.

Conştiinţa mea îmi spune, că chiar în cazul când nu voi ajunge pe deplin la ţelul ce mi-am propus, sforţarea mea de toate zilele îmi va fi destulă răsplată.

Domnilor,

Printre apanagiile profesorului care-şi ţine lecţia inaugurală, există pe lângă alegerea subiectului şi acela, atât de preţios, de a putea aduce mulţumiri publice, oamenilor cărora le datoreşti situaţia la care ai ajuns.

Pentru mine, este o mare plăcere să pot să exprim gratitudinea mea domnilor profesori, care aproape în unanimitate m'au admis printre dânşii. Onoarea care mi-au făcut-o, nu mi se adresează mie decât într'o mică măsură; ea se adresează în cea mai mare parte maeştrilor mei, cât şi acelei incomparabile Şcoală franceză, din care mă mândresc de a fi făcut parte.

Ţin de asemenea să aduc mulţumiri speciale domnului Decan, atât pentru bunele cuvinte pe care le-a rostit la adresa mea, cât şi pentru sentimentele afectuoase ce mi-a arătat întotdeauna.

Alegerea mea ca profesor de clinică medicală, a fost mult uşurată, prin faptul că am fost prezentat de eminentul profesor şi clinician d. dr. Lupu; îi aduc încă odată mulţumirile mele, şi îl asigur că nu voi uita lealitatea pe care mi-a arătat-o.

Ţin să mulţumesc de asemenea domnului ministru Tomescu, pentru sprijinul domniei-sale atât de preţios, şi să-l asigur de prietenia mea recunoscătoare şi statornică.

Nu pot uita încurajarea şi înţelegerea ce am găsit întotdeauna pe lângă domnul profesor Amza-Jianu, cât şi aprecierile măgulitoare şi sprijinul acordat de domnii profesori Ionescu-Mihăeşti şi Mihai Ciucă.

Asigur de gratitudinea mea specială pe domnii profesori Manolescu şi Băltăceanu.

Domnul profesor Dan Theodorescu mi-a arătat de când ne-am cunoscut o caldă prietenie, a cărei explicaţie nu o pot găsi decât în simţimintele pe care le-am resimţit eu însumi faţă de domnia-sa. Il asigur că aceste sentimente vor fi nezdruncinate.

Nu mulţumesc domnului profesor Ionescu-Siseşti; legăturile între noi sânt vechi, şi atât de strânse, încât mi se pare firesc tot ce a făcut sau ar mai face pentru mine.

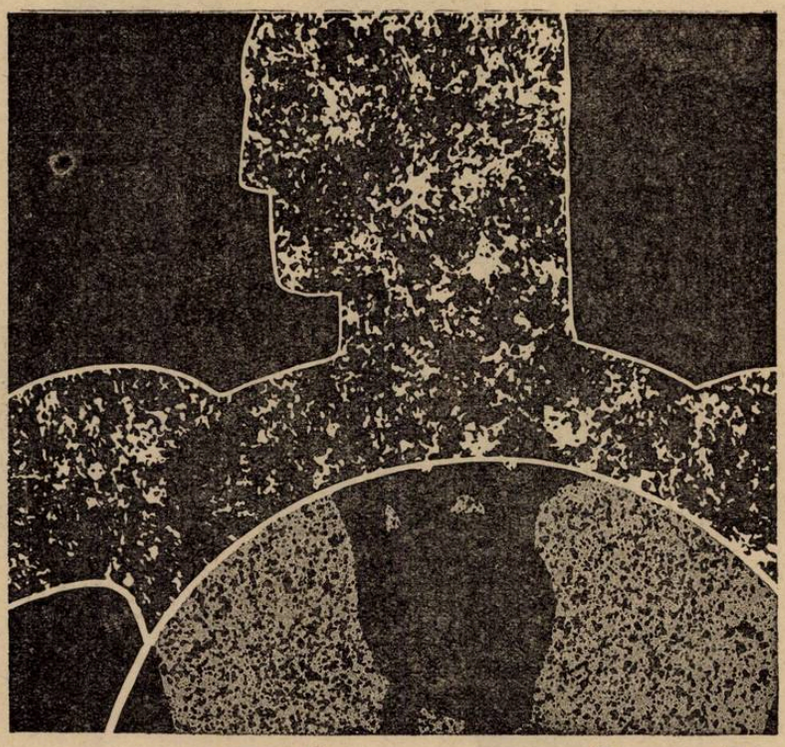
Domnului efor Burileanu pe lângă care am găsit întotdeauna şi sfat şi încurajare, ţin să-i spun că prietenia sa mă onorează şi că afecţiunea mea pentru dânsul nu poate scădea niciodată.

Domnilor,

Aproape întotdeauna, în viaţa unui om, trecutul explică prezentul, şi tot el

Deshidratarea organismului,

tonizarea inimii



la edeme cu geneză

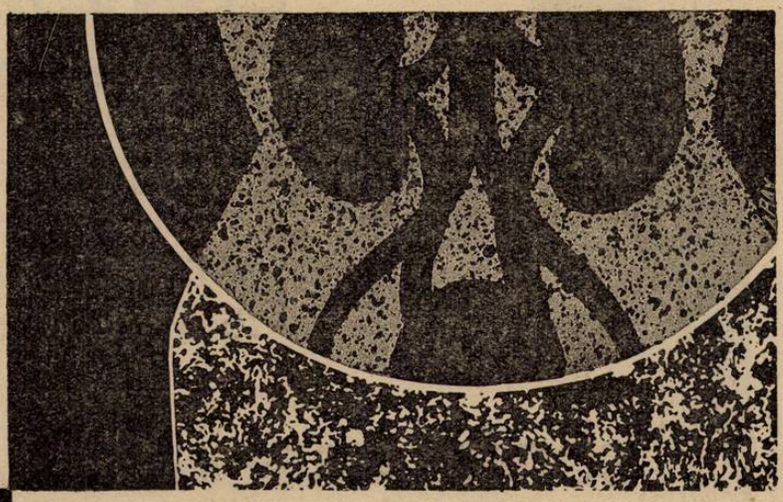
cardiacă și renală,

la afecțiunile miocardului,

la curele de slăbire

cu

Iod-Calcium-Diuretină



KNOLL A.-G.
Ludwigshafen/Rin.

[redacted]

Tuburi cu 20 tablete.

De 3 ori pe zi 1-2 tablete după masă (mai bine se vor lua cu ceva lichid, ca lapte, etc.).

Admis și de găsit la depozitul **Casei Centrale a Asigurărilor Sociale**

Eşaetioane şi literatură prin:

„KNOLL" S. A. R. Produse chimico-farmaceutice.
BUCUREŞTI III, Str. Atena 29.

Gardénal

PHÉNYL - ÉTHYL - MALONYLURÉE

EPILEPSIE
CONVULSIUNI
STĂRI NERVOASE
INSOMNII REBELE

IN TUBURI DE COMPRIMATE
DE 0 GR. 10, 0 GR. 05 & 0 GR 01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPÉCIA
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucuresti III

constitue o chezăşie pentru viitor; să-mi daţi voe, să mă întorc cu gândul la epoca când îmi făceam studiile medicale şi în puţine cuvinte să o deapăn în faţa dumneavoastră.

Telul meu, când m'am înscris la Facultatea de medicină din Paris, nu era, ca al altora, să mă pregătesc chiar din primul an spre a ajunge cât mai repede profesor. El era mult mai modest, să mă prepar şi să ajung intern al Spitalelor din Paris; această dorinţă a fost atât de înrădăcinată în mine, încât nu am ezitat să întârziu cu 5 ani, adică perioada cât a durat războiul mondial, terminarea studiilor mele, spre a putea să mă prezint şi să reuşesc la internat.

Consideram şi consider, că nu poţi pătrunde secretele clinicei dacă nu ai trecut prin internatul spitalelor sau printr'un echivalent al său; şi să-mi daţi voe să aduc omagiu d-lui Ministru Tomescu, pentru interesul ce a dovedit că poartă acestei instituţii, care constitue cea mai dreaptă selecţionare a elitelor medicale, şi să semnalez în treacăt, că poate fi satisfăcut de răsunetul pe care acest interes, l-a deşteptat printre studenţi. Sunt sigur, că imensa majoritate a celor ce mă ascultă, găsesc natural, ba chiar indispensabil, că un nou profesor de clinică medicală care şi-a făcut educaţia profesională într'un centru în care există instituţia internatului, să vorbească de anii săi de internat.

Vă mărturisesc că nu mă pot gândi fără emoţie la spitalele din Paris, prin care am trecut ca intern şi în care am locuit aproape 6 ani.

Nu mă pot gândi fără emoţie la sălile de gardă ale spitalelor, în cari se legau prieteniile nealterabile; la discuţiile, adesea înflăcărate, în cari se abordau subiectele celee mai variate, cu excepţia celor de ordin politic sau confesional; la îndrumările pe cari cei mai tineri le găseau întotdeauna din partea celor mai înaintaţi, în sfârşit la tactul plin de fineţe, pe care colegii francezi îl aveau în raporturile lor faţă de internii străini, şi în special faţă de români.

Păstrez o pioasă amintire colegilor mei dispăruţi, şi mă gândesc la colegii mei de internat şi la prieteniile durabile ce am legat cu unii dintre dânşii, asigurându-i, că, deşi anii au trecut, sufletul meu a rămas acelaşi pe care l-au cunoscut.

Iar pentru ţara lor, pentru nepieritoarea Franţă, unde m'am format ca om şi ca medic, păstrez şi voi păstra aceleaşi simţiminte filiale pe care le-am avut întotdeauna.

Deşi stagiul de internat al spitalelor din Paris dura 4 ani, perioada mea de internat a durat mult mai mult, căci am început prin a face funcţie de intern şi apoi am fost intern provizoriu timp de un an.

In cursul acestui răstimp, în serviciul de boli contagioase dela spitalul Andral, am fost elevul marelui pediatru domnul Apert, exemplu de bunătate faţă de bolnavi.

La Bicêtre, unde am făcut funcţie de intern într'un serviciu de tuberculoşi, am fost elevul distinsului ftiziolog domnul Halbron şi apoi al genialului Charles Foix, a cărui d'spariţie mult prea timpurie, a constituit, sunt sigur, o pierdere de neînlocuit pentru neurologie.

In cursul anului de provizorat, mi-am început stagiul la d-l Villaret, actualmente profesor de clinică propedeutică la Facultatea din Paris. I-am fost primul elev ca intern, şi o respectuoasă afecţiune, care nu s'a desmint nici până astăzi, mă leagă de domnia-sa. Tin să-i mulţumesc pentru tot ce a făcut pentru mine şi să-l asigur de devotamentul meu.

Intâiul meu an de internat ca titular, mi l-am ales la vechiul spital Beaujon, în serviciul d-lui Lafitte, pe care nu-l cunoşteam decât prin tratatul său de patologie internă. In acest serviciu, cu o mişcare de bolnavi foarte intensă, am avut norocul să fiu elevul unuia din rarii clinicieni, zişi de şcoală veche, a căror dispariţie va fi din ce în ce mai regretată.

Domnul Lafitte, era un om de talie mică, bine legat, şi de o extraordinară vioiciune. Era un diagnostician fără pereche; când te aflai nedumerit câteodată, şi-l întrebai pe ce bazează un diagnostic dificil, fără nici un examen de laborator, îţi răspundea că diagnosticul se simte, că bolnavul miroase a cutare sau cutare afecţiune.

Apoi, îţi atrăgea atenţia asupra unuia sau câtora caractere pe care le prezenta bolnavul, şi care, lui, îi erau suficiente spre a pune diagnosticul, mai totdeauna confirmat de laborator sau de evoluţia boalei.

Am fost elevul domnului Roger, decan al Facultăţii de medicină, în al doilea an de internat.

Domnul Roger, fiziologist cunoscut în lumea întreagă, cu o cultură extramedicală foarte vastă, om de o rară finete, nu era un clinician.

Era un om de ştiinţă în laborator, şi un filosof la spital. Indulgent faţă de omenire, compătimitor faţă de suferinţă, sceptic faţă de terapeutică, şi adversar al făuritorilor de teorii aşa zise ultimul strigăt al ştiinţei.

Dela dânsul am învăţat cât de adevărate sunt cuvintele lui Ambroise Paré, cu privire la rolul medicului în vindecarea boalei, şi cât de puţin se potriveştee adesea, rigorismul omului de laborator cu îngrijirea bolnavului. Ii mulţumesc pentru buna voinţă ce mi-a arătat întotdeauna.

Când m'am dus la domnul Vaquez să-i cer un loc pentru anul al 3-lea de internat, având drept recomandaţie anul de externat ce făcusem deja la dânsul, m'a întrebat dacă intenţionez să mă specializez în cardiologie.

Deşi răspunsul meu a fost negativ, mi-a acordat locul cu un zâmbet a cărui semnificaţie am înţeles-o mai târziu.

Căci de îndată ce mi-am început stagiul de internat în serviciul său, am simţit că-mi era imposibil să mă mai despart de domnul Vaquez.

Cei ce l-au cunoscut, şi printre ei sunt mulţi români, căci domnul Vaquez iubea ţara noastră pe care a vizitat-o în două rânduri, îşi explică uşor acest fenomen. Vivacitatea spiritului său, verva sa scăpărătoare, finetea diagnosticului său, resursele sale terapeutice inepuizabile, entusiasmul său de cercetător, făceau dintr'însul un mare Profesor de clinică, în înalta concepţie a cuvântului.

M'a adoptat chiar din primele zile ale stagiului meu de internat la dânsul, şi a fost întotdeauna pentru mine mai mult decât un părinte spiritual.

In cursul anului al IV-lea de internat, deşi intern la Hotel Dieu, mă duceam la spitalul Pitié spre a-i urmări cursurile, şi spre a prelungi contactul meu cu Domnia-Sa, am făcut clinicatul Facultăţii din Paris.

Va fi mândria vieţii mele, de a fi trăit mai mulţi ani în preajma acestui mare om.

Tot în serviciul dela Pitié am cunoscut pe distinşii cardiologi Profesorii Donzelot şi Mouquin, cât şi pe marele radiolog d-l Bordet, pentru cari am păstrat o vie admiraţie şi o caldă prietenie.

Am terminat internatul, la domnul Augustin Gilbert, la care obţinusem un loc graţie maestrului meu Villaret.

Deşi crunt lovit de soartă, şi moralmente şi fizicește, domnul Gilbert a fost omul datoriei până în ultimele zile ale vieţii sale.

Pe lângă dânsul învăţai ce înseamnă conştiinţa profesională şi simţimântul de îndeplinire a datoriei.

L-am văzut câtă scrupulozitate punea în a publica ceva, recontrolând cu atenţie observaţia bolnavului, cerând numeroase verificări ale examenelor de laborator, cetind de mai multe ori textul comunicării şi întrebându-se dânsul, marele Gilbert, dacă cele ce avea de spus meritau să fie spuse.

Viaţa şi sfârşitul său, au fost un mare exemplu de înălţimea sufletului său.

In serviciul lui Gilbert care, ca toate

serviciile prin cari am trecut, constituia o adevărată familie, închegată în jurul şefului din muncă în comun şi din stimă mutuală, am cunoscut pe maeştrii şi prietenii mei profesorii Henry Bénard şi Chabrol, cărora ţin să le mulţumesc pentru tot ce am învăţat dela dânşii şi să-i asigur de prietenia mea nealterabilă.

In cursul stagiului meu de intern, am lucrat în laboratorul de chimie al domnului profesor Henri Labbé, căruia ţin să-i exprim sentimentele mele de gratitudine pentru tot ce am învăţat de la dânsul.

Nu am putut împlini în întregime ultimul meu an de internat în serviciul d-lui Gilbert.

Eram foarte afectat o mărturisesc, când de abia începusem să-mi lucrez teza şi m'am găsit în faţa necesităţii de a-mi întrerupe activitatea.

Incurajările de tot felul ce le-am primit dela maeştrii mei, domnii Gilbert şi Vaquez, dela prietenii mei André Bergeret, celebrul chirurg, profesorul Mouquin distinsul cardiolog, Ernest Schulmann conferenţiarul meu de internat, dispărut în floarea vârstei, Etienne Fatou şi Louis Lafourcade, bunii mei camarazi de internat, mi-au permis să accept cu încredere, încercarea prin care treceam.

In curând, am putut să-mi reiau activitatea alături de marele fiziolog domnul Dumarest, căruia ţin să-i mulţumesc astăzi încă o dată, pentru tot ce a făcut pentru mine.

Nu am uitat sprijinul găsit, atât la întoarcerea mea în ţară, cât şi mai târziu, pe lângă domnii profesori Anghelescu, Gheorghiu, Lalu, Dobrovici şi Meţianu, şi îi rog să primească mulţumirile mele.

Cunoaştem pe domnul profesor Danielopol, de pe când mă aflam la Paris. De pe atunci, cât şi la întoarcerea mea în ţară, mi-a făcut cinstea să-mi ofere să lucrez în clinica d-sale. Am fost asistent în această clinică timp de 14 ani, şi în perioada de timp când a binevoit să-mi acorde încrederea sa, am putut să apreciez calităţile sale excepţionale, care i-au permis să-şi facă numele cunoscut în lumea întreagă şi să cinstească Facultatea de medicină din Bucureşti şi ţara noastră.

Ţin să spun că am învăţat mult de la d-sa şi să-l asigur şi astăzi, de cele mai leale sentimente.

Nu pot să uit pe foştii mei camarazi, asistenţi în clinica domnului Danielopol, şi să asigur pe aceia dintre dânşii care au fost buni colegi, că plecarea mea dela Filantropia nu mă îndepărtează sufleteşte de dânşii.

Domnilor,

Am ales ca subiect al acestei lecţii, prognosticul în clinică, influenţat de faptul că mi-am făcut educaţia medicală în Franţa, ţara care a dat omenirii pe cei mai iluştrii clinicieni, cât şi de faptul că succed la clinica medicală de la Colţea, marilor profesori de clinică Marcovici, Stoicescu, Nanu-Muscel, intraţi deja în istoria medicinei româneşti, cât şi d-lui profesor Bacaloglu, a cărei dispariţie recentă am deplâns'o.

In ce constă prognosticul? In a face operă de prezicători cu privire la soarta imediată sau îndepărtată a unui bolnav. Şi de această prezicere depinde în mare parte reputaţia noastră de clinicieni.

Subiectul prezintă o importanţă considerabilă, adesea depăşind pe aceia a diagnosticului şi a tratamentului; totuşi puţini sunt autorii care să-i consacre publicaţii speciale.

Tratatele ne indică evoluţia, modul de terminare şi urmările unei afecţiuni în mod schematic. Ele se bazează în această descriere pe majoritatea cazurilor unei boale, descriindu-ne un prognostic general. Dar din punct de vedere practic, ceeace interesează mai mult, este prognosticul cutărui sau cutărui bolnav.

In adevăr, dacă este interesant să ştim că mortalitatea într'o anumită afecţiune este de atât la sută, ceia ce importă în prezenţa unui bolnav, nu sunt cifrele statistice.

Avem sarcina foarte grea, de a indica care va fi soarta bolnavului în speţă. Va intra el printre cazurile favorabile sau defavorabile? Trebue deci, să exprimăm un prognostic nu al boalei ci al bolnavului, şi care, e lesne de înţeles, în cele mai multe împrejurări variază dela caz la caz.

Iată dece, tratatele de patologie nu pot decât să ne ajute, dar nu să ne dea cheia rezolvării acestei probleme.

Problemă la drept vorbind foarte pasionantă, care mai impune pe lângă un bogat bagaj de cunoştinţe, o vastă experienţă şi calităţi înăscute de clinician.

Şi tocmai graţie acestor calităţi înnăscute, mai putem vorbi de artă în medicină.

Domnilor,

Am pronunţat cuvântul de artă dându-mi perfect seama, că unii dintre dumneavoastră mă dezaprobă.

Sunt sigur însă că după ce îmi voi exprima gândirea, această dezaprobare se va atenua sau chiar va dispărea.

Departe de mine de a nega, că metodele ştiinţifice sunt de rigoare spre a merge mai departe în medicină; departe de mine de a nega, că descoperirea insulinei sau a vitaminelor bunăoară, ne permit, nouă medicilor, să afirmăm cu toată tăria, că medicina este o ştiinţă.

De sigur, când vorbim de ştiinţă, nu ne gândim să comparăm pe medicul modern cu matematicianul care gândeşte în abstract. Totuşi, nu trebue să uităm că la baza celor mai mari descoperiri în medicină, nu a existat pentru cercetător caracter utilitar imediat, şi aplicarea practică a descoperirii nu a avut loc de cât mai târziu.

Când Eintoven a descoperit galvanometrul cu coardă, cine se gândea atunci la importanţa practică a acestei descoperiri, care putem spune a revoluţionat cardiologia, permiţându-ne studiul aprofundat al aritmiilor cât şi evidenţierea cu cea mai mare fineţe a unor leziuni miocardice sau coronariene.

Când Bordet şi Gengou au practicat frumoasele lor cercetări asupra hemolizei cine bănuia că nu mult după aceia deviaţia complementului care derivă din ele, va aduce în diagnosticul sifilisului o preciziune necunoscută până atunci.

Iată două exemple, dintre multe altele, care arată că cercetarea riguros ştiinţifică este la baza marilor descoperiri făcute în medicină, şi care ne permit să afirmăm că medicina este o ştiinţă. Dar să-mi daţi voe să fac o precizare, spre a stigmatiza o epidemie de care suferim noi, corpul medical.

Am vorbit de cercetări riguros ştiinţifice şi nu după cum spune domnul Charles Rist «de nenumăratele producţii pretenţioase şi uşuratice cari umflă în fiecare zi valul publicaţiilor medicale, şi de cari cel mai puţin ce se poate spune, este că ceeace au în ele adevărat nu este nou, iar ceeace au în ele nou nu este adevărat».

Faptul că putem afirma în mod indiscutabil, că medicina şi-a câştigat dreptul să se intituleze o ştiinţă, nu implică însă că această disciplină, considerată de cei vechi ca o artă, a rupt orice legătură cu arta.

Arta, după cum spune domnul Paul Valéry, este calitatea modului de a face, oricare ar fi obiectul, care presupune inegalitatea modurilor de execuţie şi deci şi aceea a rezultatelor.

Şi arta ca şi ştiinţa presupun cunoştinţe speciale, perfecţionabile prin experienţă, cari se pot exprima şi se pot transmite.

Şi arta ca şi ştiinţa se pot învăţa, dar nu se poate învăţa nici toată arta, nici toată ştiinţa. Oricine poate fi un erudit într'o anumită ramură de ştiinţă, dar nu ori cine poate fi un om de ştiinţă, adică un om care poate întreprinde cercetarea anumitor probleme şi adesea găsirea soluţiilor acestor probleme.

In artă ca şi în ştiinţă pe lângă partea transmisibilă, care se poate învăţa de oricine, există o parte intransmisibilă care nu este altceva decât aptitudinea personală, înăscută.

Doi chirurgi execută o intervenţie

Pentru tratamentul rapid al gonoreei

ELEUDRON

p-aminobenzolsulfonamidothiazol

Eficacitate perfectă în orice stadiu al gonoreei

Procent de vindecări foarte mare după un tratament de numai 2 zile cu un total de 10 gr.

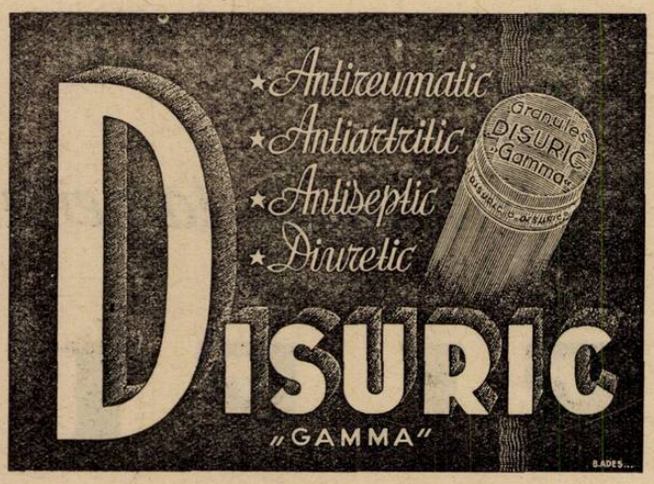
Toleranţă perfectă

Eficacitate foarte mare şi împotriva infecţiunilor cu stafilococi, pneumococi şi menigococi.

Tuburi cu 20 de tablete a 0,5 gr.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. Bucureşti I Str. Brezoianu 53, Telefon : 3-92-86.



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

chirurgicală delicată, în modul cel mai perfect.

Unul dintre ei ne dă impresia că este vorba de o operaţie foarte simplă şi uşor de executat; celălalt pune un timp dublu în execuţia ei, dându-ne impresia unui act operatoriu dificil şi complicat. Oare nu putem spune că primul operează cu artă?

Un medic ascultă plângerile unui bolnav.

După câteva cuvinte ale acestuia a precizat afecţiunea de care suferă şi pe care cercetările ulterioare i-o confirmă.

Un alt medic, tot atât de bine pregătit, după ce ia observaţia bolnavului, îl examinează cu atenţie, îi prescrie o serie de examene complementare, şi numai după aceea afirmă diagnosticul. Oare primul medic s'ar ofensa dacă am spune că exercită medicina cu artă?

Şi nicăeri arta nu joacă un rol mai mare decât în sarcina ce avem, să prevedem mersul unei boale, adică să facem un pronostic.

Nu mă gândesc, Domnilor, ca în această lecţie să tratez în toată amploarea ei vastă problemă a pronosticului. Mă voi mărgini numai, pe de o parte să schiţez în faţa dumnea-voastră diviziunea subiectului, iar pe de altă parte, prin câteva exemple, să încerc să vă arăt cât de delicată este această preblemă.

Există un pronostic general, adică al boalei şi un pronostic particular al fiecărui bolnav. De primul se ocupă pe larg toate tratatele de medicină, al doilea aparţine clinicianului, căci nu se poate enunţa decât la patul bolnavului.

Atât pronosticul general, cât şi pronosticul particular sau individual, constau în modul de evoluţie, în posibilitatea complicaţiilor, în modul de terminare, însfârşit, în urmările apropiate sau îndepărtate ale afecţiunii în cauză, şi se referă, atât la maladiile acute, cât şi la cele cronice; acestea din urmă, constituite de altfel, de cele mai multe ori, dintr'un lanţ de agresiuni morbide, acute sau subacute.

Atât pronosticul general cât şi cel individual, se bazează pe datele riguros ştiinţifice procurate de laborator, cât şi pe datele ştiinţifice, adică măsurabile, rezultate din examenul clinic. Pe câtă vreme însă, în enunţarea pronosticului general, rolul cel mai important îl au datele statistice întocmite graţie studiului unui mare număr de cazuri, acest rol este foarte şters în enunţarea pronosticului individual.

Căci pronosticul individual, prin însăşi definiţia lui, deşi nu uită datele statistice, totuşi nu le poate folosi decât într'o foarte mică măsură. De cele mai multe ori în elaborarea lui intervin factori foarte nuanţaţi, dintre care unii, până în prezent, sunt nemăsurabili, deci neştiinţifici.

In formularea pronosticului unui individ atins de o boală infecţioasă, ne bazăm fără îndoială şi pe factori ştiinţifici, ca de exemplu formula sangvină sau citologia lichidului cefalo-rachidian.

Când însă vorbim de aspectul bolnavului sau, ceva mai mult, de starea lui subiectivă, factori nemăsurabili şi a căror interpretare depinde de fiecare dintre noi, atunci trebue să recunoaştem că ne îndepărtăm de ştiinţă spre a ne apropia de artă.

Atât pronosticul general cât şi cel individual se bazează pe diagnostic, pe posibilitatea unei evoluţii neobişnuite sau a unei asociaţii morbide, cari constituesc o formă clinică a boalei, ca şi pe posibilitatea ivirii unei complicaţii. Insfârşit, el este influenţat în cel mai înalt grad de tratament.

Dar în formularea pronosticului individual, intervin şi alţi factori de valoare indiscutabilă. In acest caz trebue să ţinem seama de antecedentele personale sau eredocolaterale ale bolnavului, cât şi de comportarea lui atât faţă de maladia actuală, cât şi faţă de agresiunile morbide anterioare.

Din timpurile cele mai vechi, medicii cercetători au căutat să găsească elemente, cari să ne permită să judecăm cu cât mai multă probabilitate viitorul unui bolnav. Şi desigur, mulţi dintre Dumnea-voastră, cunosc admirabila operă a lui Hipocrat asupra Pronosticului, care de altfel se referă numai la maladiile infecţioase.

Părintele medicinei şi-a dat perfect seama, că pronosticul a cărui valoare nu constă numai în prevederea viitorului, dar şi în acţiunea întreprinsă spre a-l modifica, se bazează în primul rând pe diagnostic.

Astfel se explică de ce în Pronosticul său. Hipocrat ne vorbeşte îndelung despre diagnostic.

Dar semiologia descrisă nu se referă la afecţiunea cutărui sau cutărui organ; şi nici la semnele unei maladii speciale; este vorba de o semiologie care să permită diagnosticul stării generale a bolnavului, diagnostic care în acest sens a constituit fundamentul şcoalei Hipocratice.

După cum spune Littré, Hipocrat descrie modificările comune provocate de o boală infecţioasă asupra corpului omenesc. Cunoaşterea acestor modificări, ne indică starea prezentă a bolnavului, ne permte să presupunem care va fi starea sa viitoare, şi ne învaţă să întrebuinţăm în mod oportun mijloacele terapeutice. Rezultă că în Pronosticul său, Hipocrat învăţa pe medicul practician toate cunoştinţele necesare, pe acea vreme, pentru îngrijirea unui bolnav atins de o maladie acută febrilă.

Domnilor,

Să-mi permiteţi să citez după traducerea lui Littré câteva pasagii, din admirabilul Pronostic al lui Hipocrat, pasagii demne, cu drept cuvânt, să figureze în cel mai modern tratat de medicină.

In primul paragraf Hipocrat vorbeşte de importanţa pronosticului în următorii termeni:

«Cel mai bun medic, îmi pare a fi acela care ştie să cunoască mai dinainte. Pătrunzând şi expunând, în prealabil pe lângă bolnav, prezentul, trecutul şi viitorul maladiilor lor, explicând ce a ce ei omit, va câştiga încrederea lor». Această frază ne indică în mod clar importanţa interogatorului bolnavului; şi cei mai mulţi dintre noi au avut adesea ocazia să-şi dea seama, câtă încredere capătă bolnavul care vine să ne ceară sfaturi, când îi precizăm modalitatea suferinţelor sale, pe care el însuşi nu o poate exprima destul de limpede.

Tot în primul paragraf Hipocrat ne arată importanţa pronosticului asupra tratamentului când ne spune:

«El, adică medicul, va trata cu atât mai bine maladiile, cu cât va şti să prevadă starea viitoare cu ajutorul stării prezente.»

Paragraful al doilea tratează despre aspectul feţei bolnavului în următorii termeni: «In maladiile acute, medicul va face observaţiile următoare: va examina mai întâi figura bolnavului şi va vedea dacă fizionomia sa este asemănătoare cu aceea a oamenilor sănătoşi, dar mai ales dacă este asemănătoare cu ea însăşi» adică cu aceea pe care o prezenta individul în stare de sănătate.

«Aceasta ar fi aparenţa cea mai favorabilă, şi cu cât s'ar îndepărta mai mult, cu atât pericolul va fi mai mare». Şi mai departe descrierea facies-ului Hipocratic considerat şi astăzi ca un semn de o gravitate extremă:

«Trăsăturile feţei au atins ultimul grad de alterare, atunci când nasul este ascuţit, ochii înfundaţi, tâmplele turtite, urechile reci şi contractate, lobii urechilor îndepărtaţi, pielea frunţii întinsă şi uscată, pielea întregei feţe, galbenă sau neagră sau vânătă sau plumburie.»

Dar, fin clinician, Hipocrat adaogă că: «Pericolul (indicat de acest facies), va fi mai puţin iminent, dacă bolnavul a veghiat multă vreme, dacă a avut o diaree puternică sau dacă a suferit de foame.»

(u privire la indicaţiile pe care le putem trage din atitudinea bolnavului le găsim descrise în al treilea paragraf: «Medicul trebue să găsească pe

bolnav culcat pe partea dreaptă sau stângă, având braţele, gâtul şi gambele în uşoară flexiune şi întregul corp umed; căci aceasta este poziţia pe care o iau cei mai mulţi oameni sănătoşi când se odihnesc în patul lor, şi cea mai bună poziţie este aceea care seamănă cu poziţia din timpul sănătăţii».

Şi mai departe această propoziţie, care de multe ori anunţă moartea: «Dorinţa de a se scula din pat în totul boalei este supărătoare în toate afecţiunile acute.»

Carfologia, simptom de o gravitate pronostică extremă, este descrisă în mod magistral în paragraful al patrulea: «Am observat, spune Hipocrat, cele ce urmează asupra mişcărilor mâinilor: în febrele acute, în peripneumonii, în delirele febrile, mâinile mişcându-se înaintea feţei, căutând în gol, adunând firişoarele de paie, smulgând firicel cu firicel puful cuverturilor, desprinzând mici bucăţele după zidurile apartamentului, prezintă indicii ale unei terminări funeste.»

Timpul nu-mi îngădue să mai fac şi alte citaţii din opera monumentală a lui Hipocrat, şi în special să vă descriu mijloacele pe care le indică mediculi, spre a-şi da seama că afecţiunea se apropie de criza terminală. Ele sunt bine precizate, şi au permis lui Galien să spună, că un medic abil şi demn de arta lui Hipocrat, trebue să fie capabil să prevadă momentul când maladia va atinge maximum de intensitate.

Domnilor,

Vom lăsa de-o parte pruonosticul general de care se ocupă Hipocrat şi de care vorbesc toate tratatele de medicină, spre a ne ocupa de pronosticul individual.

In primul rând pronosticul este în funcţie de diagnostic.

Iată de exemplu un bolnav, vechi cardiac valvular, care prezintă de câteva săptămâni o stare febrilă capricioasă de natură nedeterminată şi la care mai multe hemoculturi arată în mod constant prezenţa streptococcului în sânge. Vom face diagnosticul de endocardită malignă lentă, din care va decurge pronosticul. Deşi starea generală a bolnavului nu pare gravă, ştim că afecţiunea de care este atins se termină în quasi-totalitatea cazurilor prin moarte. Este însă mult mai greu de spus cât va dura boala. Căci dacă în formele tipice, afecţiunea evoluează în medie între 8 şi 12 luni, această evoluţie poate fi scurtată sau din contra se poate prelungi peste acest termen.

Poate fi scurtată prin apariţia mai de timpuriu a complicaţiilor, printre cari cele mai de temut sunt emboliile şi anevrismele arteriale; poate din contra să se prelungească datorită remisiunilor, cum s'a întâmplat într'un caz a lui Vaquez şi Donzelot, în care moartea nu a survenit decât după patru ani dela începutul boalei.

Dar să luăm un alt exemplu: la un copil în general în plină sănătate aparentă, sau prezentând simptome atât de atenuate că de cele mai multe ori trec nebăgate în seamă, apare o erupţie mai întâi maculoasă, curând după aceea veziculo-buloasă, fără duritate, care se produce sub formă de puseuri succesive, şi care în afară de o stare febrilă moderată nu prezintă nici un semn general de oarecare importanţă.

Vom face diagnosticul de varicelă, maladie care, dacă lăsăm de-o parte formele maligne sau complicate, adevărate curiozităţi patologice, comportă un pronostic extrem de benign.

Am spus, comportă un pronostic extrem de benign, dacă lăsăm de-o parte formele maligne sau complicate. Aceasta vă indică că surprizele sunt întotdeauna posibile în patologie, şi că de cele mai multe ori un pronostic, nu poate fi formulat decât cu oarecari rezerve.

Pronosticul este modificat într'un sens defavorabil prin ivirea complicaţiilor cât şi prin asociaţiile de maladii. Să luăm ca exemplu un tânăr viguros, atins de o febră tifoidă de intensitate medie. Cunoaştem evoluţia schematică a febrei tifoide, maladie ciclică care evoluează cam în 3—7 săptămâni, şi pentru combaterea căreia nu posedăm nici un tratament specific.

Putea-vom care să formulăm un pronostic definitiv valabil? De sigur că nu. Căci acest pronostic, pentru precizarea căruia diferitele mijloace de laborator propuse se arată infidele, se poate schimba dela o zi la alta. Fie, că aspectul pe care îl îmbracă pe neaşteptate un simptom, bunăoară o temperatură scăzută însoţită de o diaree profuză, ne arată că suntem în prezenţa unei forme grave; fie că ivirea unei complicaţii, ca de exemplu a unei perforaţii intestinale sau a unui laringotifus, întunecă prin ea însăşi soarta bolnavului; fie însfârşit, că o asociaţie morbidă, cum ar fi pneumonia din perioada de stadiu, indică mai totdeauna o terminare fatală. Dacă la toate aceste posibilităţi, mai adăugăm şi pe aceea, din fericire rară, de moarte subită, care se poate ivi chiar în plină convalescenţă, ne dăm seama cât de circumspecţi trebue să fim în formularea pronosticului unei febre tifoide.

In mai toate afecţiunile febrile, intensitatea pe care o îmbracă unele simptome ne indică că neaflăm în prezenţa unei forme grave, şi din contră sunt alte simptome care prin absenţa lor, ne arată că este vorba de o formă benignă. Hipocrat de altfel a spus-o foarte limpede: «Apariţia simptomelor bune, (adică acelea care se observă în mod obişnuit în decursul unei afecţiuni cu evoluţie normală, trebue interpretată într'un sens favorabil, apariţia simptomelor rele trebue interpretată într'un sens defavorabil.

Să luăm de exemplu o pneumonie francă lobară acută ivită la un individ tânăr, robust, şi neprezentând nici o tară anterioară. Ştim în mod schematic care sunt simptomele obşnuite ale acestei afecţiuni ciclice şi că în formele de intensitate medie, bolnavul intră în convalescenţă după 7—9 zile. Iar iată că un simptom, care nu lipseşte, cum este febra, capătă o intensitate neobşnuită; aceasta ne va indica că, suntem în prezenţa unei forme grave făcându-ne să ne temem de un sfârşit defavorabil. Din contra, la un alt bolnav, în loc să observăm obişnuita oligurie, suntem în prezenţa unei poliurii relative în tot decursul boalei. Vom interpreta acest simptom într'un sens favorabil.

Printre simptomele tuberculozei pulmonare este şi lipsa câteodată aproape totală a poftei de mâncare, inapetenţă de multe ori rebelă la aproape toate medicaţiile, necedând, după cum am arătat pentru prima dată împreună cu domnul Dumarest, decât la tratamentul cu insulină. Intensitatea şi persistenţa acestui simptom este interpretată de toţi medicii, cu drept cuvânt, în sens defavorabil. Din contra, persistenţa poftei de mâncare, chiar dacă celelalte simptome inspiră îngrijorare, poate fi considerată ca un semn de bun augur. Imi amintesc de un confrate în etate de 33 ani, internat în sanatoriul dela Hauteville pentru o tuberculoză pulmonară gravă, complicată de o laringită bacilară şi care prezenta o temperatură de tip hectic, cu expectoraţie foare abundentă. Leziunile pulmonare se traduceau prin existenţa a trei sau patru caverne de dimensiuni variate în ambii pulmoni. Existau deci simptome care îndreptăţeau să se creadă că bolnavul nu mai avea mult de trăit. In opoziţie însă cu aceste semne defavorabile, bolnavul avea o poftă de mâncare uimitoare, care îi permitea să ingereze cantităţi importante de alimente. Cu toate celelalte simptome grave indicând o evoluţie rapidă, bolnavul a parvenit să câştige în greutate, 2 kilograme într'o lună. După acest interval, domnul Dumarest considerând că leziunile din pulmonul drept evoluau mai repede decât cele din pulmonul stâng, i-a practicat un pneumothorax terapeutic în dreapta. Temperatura vesperală care până atunci era de 40 sau 41 grade, chiar de a doua zi nu a mai depăşit 38,5 grade. Trei ani după aceea am aflat că bolnavul trăia; ba chiar reluase o activitate profesională moderată.

In acest exemplu vedem cum pronc-

AUXO — BENZOTERAPIA PULMONARA

Benzocalcium

INDICAŢIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice
Infecţiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE: 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.
Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc,

Cooperativa Uzinele Sanitare «PAULESCU-GEROTA-ŞUMULEANU» Calea Griviţei 67. Telefon 4.98.08

Seropulmin

BRONCHO-PNEUMONII
BRONŞITE ACUTE ŞI CRONICE
AFECŢIUNI PULMONARE-
POST OPERATORII
BRONCHECTAZII
PNEUMONII
TUSE CONVULSIVĂ

COOPERATIVA UZINELE SANITARE
„Paulescu-Gerota-Şumuleanu"
Calea Griviţei 67. Telefon 4.98.08

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

sticul poate fi orientat într'un sens optimist, pe de-o parte prin existența unui simptom favorabil, iar pe de altă parte prin tratamentul judicios aplicat.

Influența tratamentului asupra pronosticului capătă de altfel o importanță din ce în ce mai covârșitoare. Progresele medicinei, care ne permit să pătrundem mai bine, și să combatem deci mai cu eficacitate cauzele turburărilor morbide, cât și efectele acestor turburări asupra funcționării normale a diverselor aparate, ca și descoperirea a noi medicamente specifice, fac ca terapeutica, să fie o armă din ce în ce mai puternică pentru modificarea pronosticului.

Mai este nevoie să amintim sensul favorabil în care s'a modificat evoluția diabetului zaharat, în urma descoperirii insulinei; sau ce a devenit erizipelul grație descoperirii sulfamidelor? Aceĭ dintre noi, care au cunoscut diabetul și erizipelul înaintea acestor mari descoperiri, își dau mai bine seama, decât cei mai tineri, de importanța lor în modificarea pronosticului acestor afecțiuni.

Pe când ne făceam studiile de medicină, miocardita alcoolică, a cărui tip clasic îl constitue cordul marilor băutori de bere, conducea la o insuficiență cardiacă, dela început ireductibilă. Dar iată că nu de mult timp, știm că asocierea la medicamentele toni-cardiace obișnuite, a unor doze puternice de vitamină B¹ administrată pe cale intravenoasă, ne permite să reducem această insuficiență cardiacă și să obținem supraviețuiri importante.

Modul de aplicare a unui tratament poate modifica complect pronosticul.

Acum 5 ani am avut prilejul să examinez un bărbat în etate de 54 ani, care prezenta o aritmie complectă și se afla în stare de mare asistolie cu anasarc. Supus la tratamentul clasic, fenomenele de insuficiență cardiacă au cedat repede, pentru a reapărea curând după încetarea tratamentului. Actualmente bolnavul trăește, și duce o viață destul de activă, grație faptului că-și urmează regulat tratamentul digitalic în doza de 4 până la 5 miligrame de digitalină cristalizată pe lună, doză considerată cu drept cuvânt ca enormă.

Un alt bolnav vechi anginos, cu o hipertensiune arterială decapitată și cu fenomene importante de insuficiență cardiacă, a putut supraviețui 14 luni în condiții acceptabile, făcând în tot acest timp câte o injecție intravenoasă, zilnic cu un sfert de miligram de Ouabaină.

Știm de altfel cum multe pronosticuri în cardiologie nu pot fi enunțate, decât după ce așteptăm efectele unei terapeutici bine conduse; cu cât aceste efecte sunt mai prompte și mai complecte cu atât optimismul este mai îndreptățit.

Starea subiectivă a bolnavului constitue deasemenea un element important spre a judeca starea prezentă, cât și spre a formula o părere asupra modului de terminare a boalei. Clinicienii cunosc bine ce înseamnă voința bolnavului de a se vindeca, cât și resemnarea acestuia față de boală.

Fenomenele subiective pe care le prezintă un bolnav sunt favorabile, atunci când le nu se găsesc în discordanță accentuată față de simptomele obiective.

Un bolnav în plină peritonită, care ne declară că se simte în perfectă stare și insistă spre a părăsi patul, ne dictează un pronostic de o gravitate extremă.

Antecedentele bolnavului reprezintă elemente foarte prețicase în afirmarea pronosticului. Aveți cu toții în minte gravitatea bolilor infecțioase care survin la indivizii tarați.

Fie că această tară este reprezentată printr'o intoxicație endo sau exogenă, fie că este reprezentată printr'o perioadă fiziologică a evoluției omului, fie însfârșit că este reprezentată printr'un factor ereditar.

Cunoașteți gravitatea pe care o capătă pneumonia când se ivește la un bătrân sau la un alcoolic. Cunoașteți de asemenea riscurile la care este expusă o cardiacă în perioada de sarcină.

Să-mi permiteți să exemplific factorul ereditar, citându-vă observația inedită a unei familii de hipertensivi.

Părinții sunt reprezentați prin soții F. Dl. F. a sucombat la vârsta de 60 de ani în urma unei afecțiuni gastrice, probabil un neoplasm. D-na F. hipertensivă, a sucombat la vârsta de 48 de ani, în urma unei emoragii cerebrale. Trebue să amintesc că această doamnă F. a avut trei frați asupra cărora nu posed decât următoarele date: întâiul născut care a sucombat la 60 de ani, a fost hipertensiv, ceilalți doi au decedat respectiv la 64 și 63 de ani, ambii hemiplegici.

Vedeți dar ce reprezenta factorul ereditar din partea mamei, d-na F.

Soții F. au avut 8 copii; vi-i citez în ordinea vârstei: întâiul născut are 55 de ani și este hipertensiv; al doilea are 49 de ani și este hipertensiv dela vârsta de 40 de ani; a treia a sucombat la etatea de 48 de ani în urma unei emoragii cerebrale cu o hipertensiune de 30 pentru maxima; al patrulea a sucombat la etatea de 47 de ani, la a treia hemoragie cerebrală, cu o hipertensiune de 28 pentru maxima; a cincea este în vârstă de 42 de ani și are o hipertensiune de maxima 24; al șaselea are 40 de ani și n'a putut fi examinat; al șaptelea este în etate de 37 de ani, hipertensiv cu maxima 23, de la vârsta de 35 de ani; a opta are 30 de ani și n'a putut fi examinată.

Iată deci, domnilor, o familie de 8 copii a căror mamă și unchi au sucombat ca hipertensivi.

Avem date precise asupra a 6 dintre ei, toți hipertensivi; dintre aceștia, 2 au sucombat ca și mama lor, și ca și doi frați ai acesteia, prin hemoragie cerebrală. Numai întâiul născut, deși hipertensiv, a depășit vârsta mamei. Putem să afirmăm că această formă de hipertensiune familială, constitue o afecțiune gravă și nu are nimic de-a face cu hipertensiunea arterială banală, survenind la indivizii care au depășit de 50 ani.

Ba ceva mai mult. Vedem că același accident, hemoragia cerebrală, a pus sfârșit membrilor decedați din această familie. Nici unul din ei nu a sucombat prin accidente renale sau cardiace atât de des întâlnite la hipertensiv. Putem deci conchide, că în această observație factorul ereditar a jucat un rol important, atât cu privire la desvoltarea hipertensiunii arteriale, cât și în ce privește modul ei de terminare, prin hemoragie cerebrală.

Și fiindcă vorbim de hipertensiune arterială, al cărei cadru actual de altfel, este destinat să se desmembreze, permiteți-mi să vă amintesc gravitatea excepțională pe care o prezintă atunci când survine la indivizii tineri, și care contrastează cu blândețea sa relativă când afectează pe bătrâni.

Lucrul de altfel a fost semnalat din antichitate. In paragraful al 35-lea, al secției a II-a, din Aforisme, Hipocrat spune: «In toate maladiile, este mai puțin pericol pentru aceia a căror afecțiune este mai ales conformă cu natura lor, cu vârsta lor, cu constituția lor și cu sezonul, decât pentru aceia a căror boală nu este în raport cu unul din acești factori.»

Pentru mine acest aforism este unul dintre cele mai importante cu privire la pronostic în clinică, și tot el ne arată că nu pe nedrept am vorbit de artă în medicină.

Când în mijlocul secolului trecut medicina a devenit științifică, medicii au crezut, că pot da definitiv la o parte noțiunea, e drept neprecisă, de natură sau constituție a individului despre care vorbește Hipocrat, dânsa nejucând nici un rol în ivirea sau evoluția boalei.

Această tendință a fost și este explicabilă. Pentru unele spirite superioare ea a izvorât din entuziasmul justificat, dar nefrenat, pentru medicina știință; pentru alții, această tendință a fost bine venită, căci dădea posibilitatea uniformizării între practicieni și deci a suprimării elitelor.

Se recunoaște actualmente din ce în ce mai mult, că natura, constituția sau

temperamentul individului, contribue în mare măsură ca afecţiunea de care acesta este atins să capete un anumit aspect, şi să comporte deci un anumit pronostic.

Dar cum putem defini constituţia sau natura unui individ ?

De sigur tratatele de medicină ne descriu pe bolnavul-tip, după cum tratatele de fiziologie ne descriu pe omul sănătos-tip.

Ştim însă, că fiecare dintre noi, chiar în stare de perfectă sănătate, ne deosebim mai mult sau mai puţin de omul sănătos tip. Şi aceasta o dovedim în toate zilele, căci fiecare dintre noi avem reacţii diferite faţă de incitaţiile obişnuite.

Puţin importă că acest mod de a reacţiona depinde de sistemul nervos central, de sistemul nervos vegetativ, de secreţiile interne glandulare, sau de alţi factori mai puţin precizaţi; ceea ce nu se poate nega este că fiecare dintre noi avem o constituţie sau o natură proprie, care ne depărtează mai mult sau mai puţin de individul tip. Şi această variabilitate între individzi, care cu siguranţă creşte în raport cu gradul de civilizaţie, face ca fiecare dintre noi să reacţioneze în mod diferit, pe de o parte faţă de agresiunile morbide, pe de altă parte faţă de uzura vieţii, generatoare a multor maladii zise cronice.

Clasificaţiile morfologice riguroase, cari se încearcă, cu toată ingeniozitatea lor, nu permit, şi suntem siguri nu vor permite o catalogare care să ne dea posibilitatea să prevedem modul de comportare a unui individ faţă de o boală, şi deci să formulăm un pronostic cu rigurozitate ştiinţifică.

Constitue aceasta oare un motiv de descurajare? Nu, domnilor, căci cu cât sarcina este mai grea, cu atât voinţa de a izbuti trebue să fie mai mare.

Şi dacă cu drept cuvânt s'a spus că: până în prezent numai observaţia prelungită exercitată de vechiul medic al familiei a parvenit cu adevărat să cunoască, din punct de vedere practic, natura indivizilor, şi deci comportarea lor faţă de boală, nu este decât o dreaptă reabilitare a acestui modest şi devotat medic, nu în deajuns de apreciat.

Iar pentru dumneavoastră tineretul care m'aţi ascultat, ea comportă un învăţământ. Nu numai acela de a studia cu toată puterea şi a întreprinde cercetări care să aşeze tot mai mult pronosticul pe baze ştiinţifice, dar şi acela de a observa cu pasiune omul, atât pe cel sănătos cât şi pe cel bolnav.

Veţi parveni astfel, cu mândrie îndreptăţită, să practicaţi cu artă, nobila ştiinţă care v'a atras.

Aspecte asupra plăgilor abdominale şi tratamentului lor în actualul război

de Dr. VASILE ŢUCHEL
Asistent al Clinicii Chirurg. şi Ortopedice

Plăgile abdominale de război, în speţă plăgile penetrante cu leziuni viscerale au fost de o gravitate excepţională. Asupra acestei categorii de răniţi, fără drept de apel, a căror viaţă depindea în mare parte de precocitatea intervenţiei chirurgicale, ne-am concentrat toată atenţia noastră, ne-am îndoit puterile muncind până la epuizare, căutând a salva ce se mai putea salva.

Soarta răniţilor abdominali a depins nu numai de precocitatea intervenţiei, dar şi de împrejurările în care s'au făcut aceste intervenţii, de starea gravă în care au fost aduşi răniţii, sau de îngrijirile post-operatorii, capitale uneori în bunul mers al operatului abdominal.

Cu cât intervenţia chirurgicală s'a făcut în primele 6—8 ore, atât la ambulanţa divizionară sau spital de campanie înaintat, cu atât şansa răniţilor de a fi salvat a fost mai mare.

Din nefericire însă, din cauza aglomerărilor prea mari de răniţi, a drumurilor impracticabile, sau atacate continuu de avioanele inamice, aceştia ajungeau la formaţiunile capabile de a le da ajutorul chirurgical, după cele 6—8 ore, deci prea târziu pentru a mai sconta un rezultat pozitiv.

Procentul răniţilor abdominali se pare că este mai redus în actualul război decât în războiul din 1914/1918. Am înregistrat în statistica noastră pe cei 2500 răniţi îngrijiţi, un număr de 53 răniţi abdominali, deci un procent de 2,1%. Statisticile germane şi franceze din războiul trecut dau un procent de 4,5%, americanii de 3,7%.

Răniţii abdominali au fost cu siguranţă în proporţie cu mult mai mare. Puterea de distrugere a armelor moderne, în special schijele de Brandt şi avioane au făcut ca majoritatea acestor răniţi să succombe la puţin timp după rănire.

Cu privire la agentul vulnerant putem spune că nu am întâlnit nici o plagă produsă prin arme albe. Din cele 53 de plăgi abdominale au fost 24 produse prin schije şi 29 produse prin gloanţe.

Din punct de vedere anatomo-patologic am sistematizat şi clasificat materialul adunat, după clasificarea lui Maisonnet care pare a fi mai adecuată rănirilor abdominale de război.

- Plăgi abdominale
  - Extraperitoneale (nepenetrante)
    - parietale 11
    - viscerale 2
  - Intraperitoneale (penetrante)
    - simple 8
    - viscerale
      - organe pline . . . 7
      - » goale . . . 20
    - asociate
      - toraco abdom. . . . 2
      - abdom.-pelvine . . 2
      - cu fracturi de c. vertebr. 1

Plăgile abdominale extraperitoneale parietale s'au prezentat sub formă de plăgi tangenţiale în 7 cazuri, în seton 2 cazuri (înţelegând prin seton 2 orificii şi un traect care trece numai pe sub piele), plăgi oarbe unipolare cu retenţia proectilului în muşchii peretelui 2 cazuri.

Plăgile abdominale extraperitoneale sau nepenetrante viscerale, am avut 2 cazuri: o plagă vezicală şi o plagă a colonului descendent. In acest al doilea caz, deşi s'a creat o fistulă stercorală, bolnavul s'a vindecat. După părerea Germanilor nu trebue privită o fistulă stercorală spontană ca o plagă abdominală adevărată. Ei consideră de altfel ca şi Francezii aceste plăgi ca extraperitoneale viscerale.

Plăgile intraperitoneale sau penetrante simple în număr de 8. Acestea au fost produse în cea mai mare parte de gloanţe. In 4 cazuri unipolare, în alte 4 cazuri bipolare. Acestea au fost plăgile care deşi aveau o vechime de peste 12 ore, unele din ele au dat rezultatele cele mai bune, fără intervenţie chirurgicală. Tuffier le consideră de un pronostic bun dând un procent de 11% vindecări fără intervenţii.

Plăgile intraperitoneale viscerale a organelor pline în număr de 5 au fost: ficatul în 3 cazuri, splina în 2 cazuri. In plăgile ficatului am intervenit făcând sutura organului în 2 cazuri. Am salvat un singur rănit în această categorie, după repetate transfuzii aplicate înainte şi după operaţie. In al treilea caz nu am intervenit, pulsul menţinându-se tot timpul bun. Plăgile ficatului, atunci când sunt simple, fără pericol de hemoragie, Schmieden recomandă

să fie tratate conservator, punând rănitul sub strictă observaţie. Dificultatea în aceste cazuri constă în a pune un diagnostic precis, dacă sunt sau nu leziuni intestinale asociate. In aceste cazuri intervenţia este obligatorie.

Plăgile viscerale ale organelor goale au fost în număr de 20, dintre care 16 pe intestinul subţire şi 4 pe intestinul gros. Aceste plăgi au fost cele mai grave datorită întâi revărsării conţinutului septic în marea cavitate şi în al doilea rând rupturilor mari ale mezenterului cu hemoragiile consecutive ce le produceau. In general, aceşti răniţi erau aduşi în plină peritonită, sau cu hemoragii interne grave, în care intervenţia chirurgicală rămânea neputincioasă.

Am practicat la aceşti răniţi înfundări ale perforaţiilor sau rezecţii de intestin la cei cu leziuni multiple, reuşind să salveze 4 din această categorie. Plăgile cecului au fost mai benigne: într'un caz s'a vindecat fără complicaţii, în alt caz am obţinut vindecarea, dar după crearea unei fistule stercorale. Am avut grijă de a fixa cu câteva fire cecul la perete, favorizând astfel fistula stercorală pentru orice eventualitate.

Plăgile intraperitoneale asociate au fost: toraco-abdominale 2 cazuri, asociate cu fractură de coloană vertebrală 1 caz, abdomino-pelvine 2 cazuri. Plăgile din prima categorie au fost excepţional de grave. Bolnavii au sucombat fără a mai putea interveni. Plăgile din a doua categorie s'au vndecat fără intervenţie chirurgicală, complicându-se însă cu fistule vezicorectale.

In ordinea frecvenţei organele lezate au fost:

Intestinul subţire 30%, intestinul gros 9%, ficatul 8%, splina 4%, vezica urinară rectul 3%, stomacul 2%.

Desigur statistica ce prezint este făcută pe un număr restrâns de cazuri de aceea şi cifrele nu pot fi decât în parte concludente. Este firesc ca intestinul subţire şi gros, care ocupă spaţiul cel mai mare din cavitatea abdominală, să fie mai mult lezat.

Care a fost atitudinea terapeutică adoptată faţă de răniţii abdominali? Conduita terapeutică în plăgile abdominale de război este condiţionată de mai mulţi factori. Primul factor şi cel mai important este de a stabili ora răniri. Nu totdeauna se pot obţine cu uşurinţă date precise; unii răniţi sunt şocaţi, confuzivi, nu-şi aduc aminte decât vag de ceeace s'a întâmplat cu ei, încât aceste date le obţinem cu oarecare aproximaţie. Din interogatoriul luat fiecărui rănit abdominal, am găsit ora răniri în următoarea proporţie:

10 răniţi în primele 6—8 ore,
30 răniţi între 8—15 ore,
13 răniţi între 15—36 de ore.

După cum se vede, abia 10 răniţi abdominali au fost aduşi în timp util. Restul sau au prezentat leziuni nepenetrante, deci nu au avut nevoe de intervenţie, sau s'a intervenit cu unele şanse de reuşită. Înţelegem prin timp util primele 6—8 ore. Germanii merg mai departe, considerând timpul de operabilitate în primele 12 ciasuri. In câteva cazuri nu s'a intervenit, fie din cauza stării grave în care se găseau răniţii, fie adoptând în mod intenţionat abstinenţa, cu rezultate uneori miraculoase. Astfel în unele cazuri de plăgi penetrante, în special cele ale flancurilor sau vezico-rectale, expectaţia ne-a fost de mare folos. In adevăr, toţi aceşti răniţi, — printre care şi un tânăr sublocotenent, — prezentau chiar după 20 ore de la rănire un puls foarte bun, un facies normal, abdomenul uşor contractat, dar nebalonat, evacuau gaze şi fecale. Nu am intervenit, i-am remontat cu tonice cardiace şi ser clorurat intravenos, răniţii au scăpat.

Asupra acestei chestiuni au fost şi în trecut foarte multe discuţiuni. Rochard spune: Expectativa e periculoasă, singura laparatoma este raţională. De aceeaşi părere este Quenu, Nelaton. Dupont aduce o statistică de 40 de răniţi neoperaţi şi toţi sucombaţi. Gosset obţine în toate cazurile succese operatorii. In 1915, Societatea Franceză de Chirurgie se pronunţă definitiv pentru intervenţia precoce în plăgile abdominale. Berger este pentru expectativă, când nu survin accidente. La fel Kirmisson, Reclus care dau 66 vindecări din 88 răniţi abdominali. Delorme condamnă laparatomia imediată, de asemenea Lucas-Championnier.

De ce părere sunt chirurgii germani asupra acestei probleme? In timpul războiului mondial, la 7 Aprilie 1915, în adunarea de la Bruxelles, Körte era net pentru abstenţiune. Schmieden din contra, pledează pentru intervenţia imediată; el crede că răniţii abdominali vindecaţi spontan, nu au avut în realitate plăgi penetrante. El dă în cartea sa 92% mortalitate la cei care au aplicat tratament conservator.

Un alt factor de care am ţinut seama în conduita terapeutică au fost condiţiunile şi împrejurările operabilităţii. Acolo unde ne-a lipsit o sală de operaţie aseptică, materialul sterilizat şi posibilităţile de a îngriji post-operator un abdominal, nu am intervenit fiind convinşi de inutilitatea actului operator.

Din fericire aceste împrejurări nu s'au ivit decât în situaţii cu totul speciale: aglomerări mari de răniţi, bombardamente de artilerie, timpul nefavorabil sau lipsa locuinţelor distruse de inamic în retragere.

De asemenea au fost împrejurări când intervenţia a fost amânată intenţionat 2—4 ore, deoarece semnele clinice nu dădeau garanţia unei diagnoze precise de plagă penetrantă. Exemplu: plăgile peretului produse de proectile mici sunt mai greu de diagnosticat, din cauza lipsei primelor simptome; în realitate nu erau plăgi penetrante.

Direcţia proectilului. In cazurile observate de noi pătrunderea proectilului transversal era mai puţin destructivă decât cele cu direcţia antero-posterioară. Aici găseam adesea pe lângă perforaţiuni multiple de intestin, leziuni asociate ale mezenterului, vaselor şi coloanei vertebrale.

Natura proectilului. In general proectilele netede, mici, produceau leziuni minime contrar schijelor de Brandt sau bombelor de avioane, unde leziunile aveau aspectul de adevărate rupturi ale anselor intestinale sau ale mezenterului.

Din experienţa căpătată pe front şi observaţiunile înregistrate, credem că este periculos de a ne considera exclusiv abstenţionişti sau interveţionşti; vom lua în consideraţie numai starea rănitului la prezentare.

In privinţa atitudinii terapeutice Schmieden dă următoarele indicaţiuni, care prezintă mare importanţă din punctul de vedere al ordinei intervenţiei.

I. — Indicaţii operatorii imediate.

După o hemoragie puternică, în prolapsul intestinal, în perforaţiile stomacului, veziculei biliare, etc. Toate acestea în primele 12 ore.

II. — Indicaţii operatorii după o aşteptare de 1—2 ore.

In diagnozele nesigure dintre o plagă a peretului simplă sau penetrantă, în plăgile hipocondrului drept sau stâng în care lipsesc semne de peritonită, în plăgile cu proectile mici, în contuzii fără perforaţii şi fără hemoragie.

III. — Nu trebuesc operate:

Plăgile peretului şi regiunilor retroperitoneale fără perforaţii şi fără pericol de hemoragie.

IV. — Contraindicaţii absolute a intervenţiei:

In stările generale foarte grave, în plăgile foarte mari, în plăgile cu leziuni asociate, în lipsa condiţiunilor bune de operabilitate.

In cazurile noastre am aplicat următorul tratament:

In 14 cazuri leziuni nepenetrante. Nu s'a intervenit.

In 25 cazuri leziuni penetrante. S'a intervenit.

In 5 cazuri leziuni penetrante. Abstenţiune.

In 9 cazuri foarte grave. Nu s'a intervenit.

Procentul celor salvaţi este în jurul cifrei de 35%, deci o mortalitate de 65%. Aceste cifre se referă numai la abdominali, cu răni intraperitoniale. Din statistica lui Perthes din războiul trecut extragem: la 100 răniţi au scăpat 21, din aceştia 11 fără leziuni ale organelor şi numai 7 cu leziuni ale stomacului sau intestinului.

Nu s'a operat înainte de a scoate din şoc rănitul abdominal. Se administra în general ser fiziologic pe cale subcutanată până la 1000 gr. Totdeauna am drenat şi am întrebuinţat serul antiperitonic. Anestezia întrebuinţată a fost în 80% eter sau cloroform, în 20% anestezie locală. Inciziile au diferit după locul topografic al plăgii.

Anestezia generală cu eter sau cloroform a fost foarte bine suportată de răniţii obstonaţi; nu am avut accidente în timpul intervenţiei şi nici complicaţii pulmonare sau hepatice post operatorii.

Concluziuni

Pe 2500 răniţi am avut un procent de 2.1% răniţi abdominali.

Majoritatea răniţilor au fost aduşi în stare gravă, şocaţi, hemoragici, sau în plină peritonită. Mortalitatea a fost foarte ridicată în jurul cifrei de 65%.

Atitudinea terapeutică adoptată a fost urmând calea de mijloc după caz, intervenind în 25 cazuri şi abţinându-ne în 5 cazuri. Ne-am ferit de a fi exclusiv intervenţionişti sau abstenţionişti.

Răniţi au fost aduşi în general după primele 6—7 ore dela rănire, fapt care a agravat considerabil prognosticul.

Ingrijirea răniţilor abdominali a fost o problemă mult discutată în războiul trecut şi rămâne încă o problemă în actualul război; de aceea, am crezut util de a publica aceste observaţiuni şi fapte, trăite în campania anului trecut.

Acolo unde împrejurările au permis în special la Ambulanţa Divizionară, răniţii abdominali fiind între şi în limita celor 6—8 ore utile, intervenţia chirurgicală a avut maximum de eficacitate.

Avalanşele mari de răniţi obosesc pe chirurg şi fac ca majoritatea timpului să-l utilizeze îngrijind răniţii uşori, care îşi reclamă cu insistenţă dreptul lor la pansament.

Deaceia ataşarea pe lângă fiecare ambulanţă sau spital de campanie a unor echipe de chirurgi calificaţi prevăzute cu material şi ajutoare instruite utilizate exclusiv operaţiunilor aseptice, ar soluţiona în mare parte problema răniţilor de primă urgenţă.

ŞEDINŢA CONSILIULUI SUPERIOR AL SANATĂŢII

Problema epidemiilor de război, viaţa medicală în ţară. Combarerea mortalităţii infantile

In ziua de 29 Maiu a. c. orele 11 a. m. a avut loc la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şedinţa Consiliului Sanitar Superior. Au luat parte sub preşedinţia D-lui Prof. Dr. Tomescu Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale, membrii Consiliului Sanitar Superior.

Cuvântarea d-lui Prof. Dr. P. Tomescu, Minstrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale

D. prof. dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale deschizând şedinţa Consiliului Sanitar Superior a făcut o expunere asupra epidemiilor de război şi asupra vieţii medicale în diferite regiuni ale ţării.

Problema epidemiilor de război

D. ministru a prezentat sintetic evoluţia boalelor epidemice de război, în special aceia a tifosului exantematic şi a febrei tifoide, în cursul anilor 1941—1942.

Privind evoluţia acestor boale se constată că epidemia de tifus exantematic a fost în cursul acestor ani de război, combătută cu mare succes, astfel că ea a făcut mult mai puţine victime decât în timp de pace. In special comparând epidemia din anii 1936—1937 cu aceia din 1941—1942, se observă că am avut în cursul acestui război mai puţine cazuri de tifus exantematic decât în acei ani de pace.

S'a ajuns la aceste rezultate graţie aplicării mijloacelor de combatere a epidemiilor pe care ştiinţa contemporană ni le pune la dispoziţie şi datorită activităţii plină de devotament şi de competenţă a medicilor români.

D. ministru aduce un călduros elogiu medicilor din serviciul Statului cari au luptat cu atâta succes în contra acestor grave epidemii.

Desvoltarea vieţi provinciale pe plan ştiinţific medical

D. ministru al Sănătăţii relatează că a constatat în multe regiuni ale ţării o tendinţă foarte accentuată a medicilor de a trece de la ţară la oraş şi din provincie către Capitală.

Această tendinţă este din nefericire, generală şi a început imediat după războiul trecut, când marii proprietari au părăsit oraşele lor de reşedinţă pentru a veni în Bucureşti. Intelectualii au adoptat aceiaşi atitudine, medicii fiind şi ei cuprinşi de dorinţa de a se transfera în Capitală sau în marile oraşe.

Această situaţie este cu atât mai serioasă cu cât provincia nu exercită o atracţie destul de intensă pentru elementele tinere.

Ca să remediem această situaţie, va trebui să stimulăm desvoltarea vieţei provinciale pe plan ştiinţific-medical, pentru a se crea atmosfera spirituală care să dea satisfacţie medicilor cari practică acolo.

Concomitent cu această acţiune este urgent necesar să revizuim programele Facultăţilor, astfel ca tinerii medici să cunoască realităţile medico-sociale ale ţării şi mai ales ale satului românesc. Va trebui ca elevii noştri să aibă o mai largă perspectivă asupra medicinei naţionale decât cultura universalistă pe care le-o dăm astăzi.

Nu trebue să mai urmărim în Facultăţile noastre crearea unui medic universal capabil să rezolve orice problemă medicală ce i s'ar pune, dacă va avea la dispoziţie organizaţiuni medicale ideale.

Trebue să dăm ţării medici serios pregătiţi şi buni cunoscători ai problemelor noastre sanitare, fiind în acelaşi timp, profund ataşaţi pământului nostru strămoşesc.

Această problemă cu directivele ce vor reieşi din discuţiunile Consiliului va fi pusă spre rezolvare Facultăţilor de medicină.

D. *Prof. Dr. Dan Teodorescu* arată că în mediul de provincie medicii au posibilităţi importante de activitate. Statul ajută actualmente prin salarii mai ridicate pe medicii rurali. D-sa arată că nu factorii materiali sunt aceia cari împiedecă stabilirea medicilor la ţară. Trebue legiferată obligativitatea stagiului la ţară şi stabilirii în oraşele de provincie.

D. *Prof. Dr. I. Bălteanu* arată că sărbătorim azi o mare victorie, aceia a organizaţiei sanitare asupra tifosului exantematic. Dacă nu am avut de înregistrat anul acesta o epidemie dezastruoasă aceasta se datoreşte muncei şi sacrificiului corpului medical. D-sa propune ca membrii Consiliului Sanitar Superior să exprime recunoştinţa şi mulţumirile organizaţiei sanitare tuturor colegilor cari şi-au făcut datoria în această luptă împotriva tifosului exantematic. Consiliul aprobă.

D. *Prof. Dr. N. Gr. Lupu* arată că Statul trebue să plaseze pe medici în locurile de care organizaţia sanitară are nevoe.

D. *Prof. Dr. V. Ciocâlteu* crede că s'ar putea avea un număr mai mare

Nervinotonic și Sedativ

NEUPON DR. WANDER

Sirop și drageuri

Pe bază de: Glicerofosfați de Calciu, Magneziu și Sodiu,
Bromuri de Sodiu și Amoniu

Regenerează țesuturile nervoase și
calmează hiperexcitabilitatea sistemului nervos

BROMOTERAPIE

EPIBROL DR. WANDER

simplu și efervescent

1 tabletă conține 1 gr. Polibromură

1–2 tablete disolvate în 1/2 pahar cu apă după mesele principale.

Pentru calmarea durerilor interne

NEOLUVERIN

DR. WANDER

Tablete Supozitoare

In spasmele musculaturei netede

Dureri interne și postoperatorii

Dismenoree

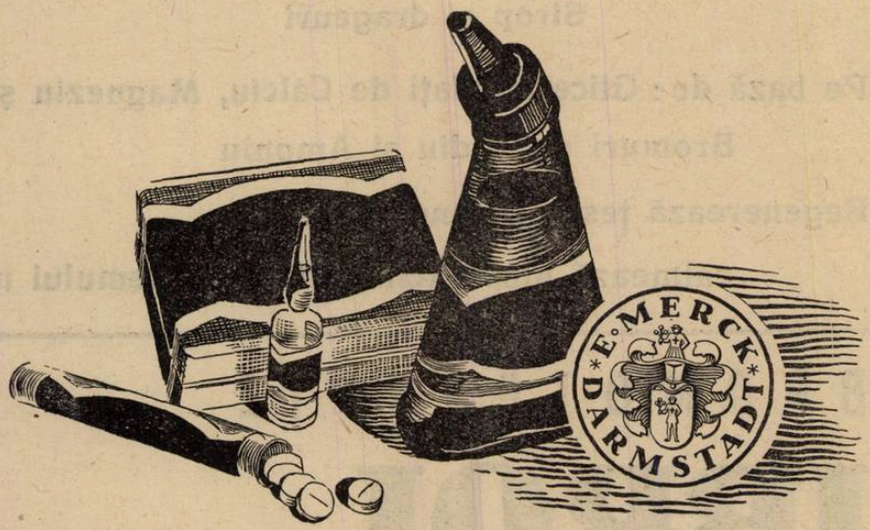
Asociație de Papaverină feniletilbarbit., Atropină metilbrom. și Amidoazofen

---

Mostre și literatură trimite la cerere:

DR. WANDER S. A.

Fabrică de produse farmaceutice și dietetice, București VI, Str. Cazărmei 89.



OESTROMENIN *Merck*

4,4'-Dioxi-α, β-dietilstilben

Preparat sintetic cu acțiunile biologice ale hormonului folicular.

In turburări de menopauză și în toate celelalte indicațiuni ale tratamentului cu hormon folicular

Picături • tablete • fiole

E Merck

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE • DARMSTADT • FONDANTĂ 1827

Reprezentanța generală: Chimiroman, Farmacist Liviu Bancu, București I, Str. T. G. Masaryk No. 32

de medici la țară dacă s'ar impune studenților în medicină, bursieri, să lucreze un anumit număr de ani în mediul rural.

D. *Dr. Cornel Radu* arată că lipsa de selecționare a viitorilor medici va duce la o comercializare a vieței medicale. Medicul trebue să meargă la sate pentru a ridica standardul de viață ar nu să evite satul întrucât standardul de viață nu este ridicat. Pe de altă parte medicul nu este pregătit suficient pentru activitatea sa în mediul rural, de aceia Facultățile de Medicină trebue să dea o pregătire de medicină socială și o pregătire tehnică mai desvoltată viitorilor medici rurali.

D. *medic col. dr. Capitanovici* cere ca medicii să aibă posibilitatea să lucreze efectiv în mediul rural.

D. *Dr. Pătrășcanu* spune: una din cele mai eficace soluțiuni pentru a echitabilă repartizare a medicilor între mediul rural și cel urban ar fi modificarea legii Colegiilor Medicale în sensul ca să nu se permită înscrerea în Colegiu decât acelora din medici a căror activitate este necesară într un anumit județ și într'o anumită localitate. In felul acesta s'ar putea dispune de un număr mai mare de specialiști în orașele de provincie și de medicii necesari la sate.

D. *Dr. Gh. Banu* arată că este necesar ca medicul să aibă o pregătire temeinică în domeniul medicinei sociale. Această pregătire va da medicului rural un ideal științific și posibilitatea de a se activa intens în mediul rural. Cere ca învățământul medical să fie dirijat în sensul medicinei sociale.

D. Dr. I. Stochiția, secretar general al Ministerului Sănătății spune că fenomenul părăsirii de către intelectuali a satelor este un fenomen general. Dar în domeniul sănătății publice acest fapt prezintă o deosebită gravitate. Intr'adevăr organizația sanitară are nevoe de un număr mai mare de medici la sate. De aceia suntem obligați, după cum s'a arătat și de membrii Consiliului Sanitar Superior să luăm această problemă în mână. Acordarea de burse medicilor care se stabilesc la sate, o mărire a salarizării, reducerea posibilităților de plasare a medicilor la orașe și mai ales crearea unei școli medicale în care problemele de medicină socială vor fi puse pe primul plan sunt soluțiile ce se pot da pentru stabilirea medicilor la sate.

D. *Prof. Dr. P. Tomescu*, Ministrul Sănătății rezumând desbaterile a arătat că această problemă a fost desbătută cu deosebită competență de membrii Consiliului Sanitar Superior. Crearea de condiții de viață mai bună în mediul rural va atrage desigur un număr mai mare de medici. Pe de altă parte însă obligativitatea stabilită de lege a unui stagiu de doi ani în mediul rural a fiecărui medic care nu este medic secundar sau membru al învățământului superior va trebui să fie aplicată. In felul acesta se va realiza o sporire a numărului de medici la sate.

Raportul d-lor D-ri Ovidiu Vasilco și Cornel Constantinescu asupra mortalității infantile

In țara noastră flagelul care roade la temelia sănătății națiunei noastre estee marea mortalitate a copiilor.

Natalitatea e în scădere în toate țările civilizate; în același timp s'a obținut însă o scădere însemnată a mortalității copiilor. La noi natalitatea foarte ridicată de peste 40% (găsindune în fruntea națiunilor), a scăzut treptat. Ocupăm din nenorocire același loc de frunte în ce privește nivelul mortalității, care se menține aproape neschimbat (19.2% copii decedați între 0—1 an în 1906, 18.5% în 1932, 18.9% în 1940) urmarea fiind scăderea excedentului anual al populației. Până și în țările vecine mortalitatea copiilor aa scăzut simțitor.

O mare parte din mortalitatea copiilor e datorită turburărilor digestive (diaree gastroenterite). Această mortalitate e în funcție de diferiți factori ca: standardul de viață scăzut, venit insuficient pe cap de locuitor agricol, exploatarea primitivă a pământului, numărul mare de membri ai familiei; alimentația insuficientă și nepotrivită calitativ; nivelul cultural scăzut; surmenarea fizică a femeiei, căldura și supraîncălzirea sugarilor în timpul verii; greșelile în alimentația sugarilor prin abateri grave dela regulele de igienă alimentară: înțărcarea în timpul verii, lapte de rea calitate sau alimentație intempestivă subnutrirea prin lipsa laptelui, zahărului, grișului etc.; insuficiența numărului medicilor, surorilor de ocrotire, moașe; insuficiența instituțiilor sanitare și a farmaciilor în mediul rural.

Cauzele nefiind numai de ordin medical, remedierea lor se va face prin ridicarea economică a țărănimei, ameliorarea standardului de viață, îmbunătățirea condițiilor de locuință și alimentație printr'o cultură intensivă a pământului cu vite bune și inventar complect. Trebue organizată opera educativă prin difuzarea cunoștințelor de îngrijirea copilului de sân; propaganda pentru instrucția mamelor se va face prin ridicarea nivelului cultural, prin școale de mame, broșuri afișe, ilustrațiuni, foi cu sfaturi, filme de cinematograf, expoziții. Ea va fi făcută de medici, surori de ocrotire, moașe, intelectualii satelor.

Se vor organiza cursuri periodice de igienă infantilă pentru medici, moașe, surori de ocrotire și chiar pentru public.

Se va alcătui o lege a mamei și copilului în care să se indice instituțiile, personalul și norme de ocrotire.

Ocrotirea va trebui să ridice preconcepțional, prenatal și postpartum. Această legislație cere fonmuri mari; ea trebue să se ocupe de ocrotirea mamei și a copilului prin servicii descentralizate până la comună și familie.

Programul codificat în legi să se eșaloneze pe o perioadă de 5—10 ani și să existe **continuitatea** în îndeplinirea lui. Se vor organiza instituții sanitare suficiente și bine datate cu maternități, spitale de copii, institute-leagăn pentru copii luați în seama colectivității; centre de plasare familiară a copiilor; centre de sănătate cu consultațiuni pentru igiena infantilă și boale sociale **cu oficiu** de asistență, stații de lapte; cămine de zi și camere de alăptare pentru supravegherea și îngrijirea copiilor mamelor muncitoare pentru timpul când lucrează în fabrică. Prime (alocații) de alăptare pentru ajutorarea materială a femeiei care alăptează.

Pregătirea personalului medical (medici de specialitate și igienist.) necesar moașe și mai ales un număr mare de surori de ocrotire, bine pregătite, cu rol de a difuza noțiunile de igienă în familie.

O lege a laptelui care să încurajeze creșterea vacilor și să reglementeze producția. Laptele trebue colectat în 3—4 centre și distribuție, unde idealul ar fi să fie pasteurizat. Faitonarii vor trebui să aducă laptele numai la aceste centre de distribuție, de unde se va distribui în primul rând copiilor până la 2 ani și bolnavilor, după criterii obiective.

Laptele va fi controlat prin supraveghere veterinară eficace (control fizic, biologic, bacteriologic). Acest lapte provenit dela societăți efectiv controlate va putea purta o etichetă de garanție, numai laptele pauteurizat putându-se numi lapte pentru copii. Se vor favoriza inițiativele cu scop de a se creia o industrie a laptelui (lapte condensat, lapte în pulbere, babeurre în pulbere). Până atunci se va permite importul produselor din Elveția.

Membrii Consiliului Sanitar Superior, constituiți în comisii, au discutat apoi măsurile propuse de raportori pentru combaterea mortalității infantile prin gastro-enterită.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Constatările d-lui Ministru al Sănătăţei la instituţiile sanitare din ţară

D. *Prof. Dr. P. Tomescu,* Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale a vizitat în cursul lunei Mai numeroase instituţii sanitare din ţară, făcând următoarele constatări :

In Ardeal

Judeţul Braşov

La Braşov au fost vizitate cele trei spitale ale Statului, cari în urma măsurilor luate în ultimul timp s'au ameliorat foarte mult.

D. Ministru *Prof. Dr. Tomescu* a avut o consfătuire cu medicii locali asupra sanatoriului pentru îngrijirea tuberculozei, care urmează a se întemeia în cursul acestei veri într'o localitate din apropierea Braşovului.

Judeţul Făgăraş

La *Făgăraş* a fost vizitat spitalul Statului, luându-se măsura ca pe lângă spital să funcţioneze un serviciu de consultaţii pentru medicină generală şi pentru puericultură.

Judeţul Sibiu

La *Sibiu* d. Ministru a vizitat spitalul Statului, foarte bine organizat. D-sa a insistat cu deosebire asupra şcoalei de surori-infirmiere, întemeiată în anul 1941, care trebue să primească în toamnă încă 40 de eleve în anul I. Pentru formarea cadrelor de personal sanitar trebue făcut un mare efort, astfel ca în anul 1942-1943 să se dubleze efectivul şcoalelor sanitare, ajungând dela 2.000 câte avem în prezent, la 4.000 de eleve şi elevi.

Judeţul Alba

La *Alba-Iulia* d. Prof. *Dr. P. Tomescu* a vizitat spitalul şi în special noua secţie de maternitate întemeiată în 1941, condusă de d. *Dr. Voicu.* Pe lângă această Maternitate funcţionează o şcoală de moaşe, înfiinţată anul trecut, şi care dă rezultate foarte bune.

Intr'o consfătuire cu medicii locali s'au luat o serie de deciziuni pentru o mai bună funcţionare a instituţiilor sanitare din judeţul Alba.

Judeţul Turda

In judeţul Turda s'au vizitat instituţiile sanitare din Turda şi Aiud.

Spitalul Turda la care s'au început mari reparaţiuni va trebui renovat în întregime. Aici se va organiza un serviciu de consultaţiuni, pe specialităţi, care va aduce mari servicii populaţiei locale şi sănătăţii publice.

La *Aiud* s'a vizitat spitalul Statului, instalat în clădiri vechi şi Sanatoriul pentru îngrijirea tuberculozei, construit recent şi care este foarte bine organizat.

In Muntenia

Judeţul Buzău

D. Ministru a vizitat *Spitalul de Stat «I. C. Brătianu»* din Buzău, unde graţie activităţii d-lui *Dr. Michiu* şi a colaboratorilor săi, s'a realizat o bună organizare şi un mare randament chirurgical. Dl. Ministru a adus tuturor mulţumiri şi laude pentru munca desfăşurată.

A fost vizitat apoi *Spitalul de boli contagioase* condus de d. *Dr. Banu,* care are şi o secţie de boli venerice, un serviciu de consultaţiuni bine organizat şi un laborator de cercetări ştiinţifice, unde se desfăşoară o activitate remarcabilă. Pe lângă acest spital funcţionează şi şcoala de surori-infirmiere înfiinţată în toamna anului trecut, foarte bine instalată şi cu rezultate didactice dintre cele mai frumoase.

S'a vizitat deasemenea *Spitalul Gârlaşi* condus de d. *Dr, Surianu,* unde lucrările de renovare sunt în curs, precum şi *Laboratorul de igienă* de sub conducerea d-lui *Dr. Mihail,* care funcţionează în bune condiţiuni.

D. Ministru a mai inspectat Serviciul Sanitar al Judeţului care este bine instalat şi organizat, precum şi Serviciul sanitar al oraşului care necesită transformări radicale asupra cărora s'au dat dispoziţiuni.

In judeţul Buzău s'a vizitat *Spitalul Pogoanele,* frumos instalat şi bine condus de d. *Dr. Speteanu,* care desfăşoară o intensă activitate.

Deasemenea s'a inspectat *Spitalul Mizil,* care necesită transformări şi amenajări însemnate asupra cărora D. Ministru a luat măsuri de executare.

Judeţul R.-Sărat

La R.-Sărat d. Ministru a vizitat *Spitalul de Stat,* care în urma dispoziţiunilor date a fost mult ameliorat, opera de renovare trebuind însă să continue. D. Ministru a dat dispoziţiuni pentru punerea imediată în stare de funcţionare a băii populare a spitalului.

Serviciul Sanitar al oraşului R.-Sărat va trebui să fie mai bine organizat şi să aibă un randament mai mare.

In Moldova

Judeţul Putna

D. Ministru a vizitat la Focşani, *Laboratorul de igienă şi de analize,* înfiinţat în 1941 cu ocazia epidemiei de febră tifoidă din acest oraş. Graţie activităţii acestui laborator, epidemia a fost stinsă într'un timp foarte scurt.

Laboratorul este bine instalat şi condus într'un mod remarcabil de d. Dr. Gr. Stănică. Domnul Ministru i-a adus mulţumiri şi elogii pentru rodnica sa activitate. Cu acest prilej d. Ministru a arătat că este nevoie de un laborator în fiecare judeţ şi *este în interesul medicilor tineri specializaţi ca să treacă la locuri de răspundere luând conducerea acestor laboratoare în loc să rămână în situaţiuni minore în marile centre universitare.*

A fost vizitat apoi *Spitalul de Stat din Focşani,* condus de d. *Dr. Murgu,* instituţie instalată într'un local vechi şi care nu corespunde exigenţelor actuale ale asistenţei medicale. Prin eforturile făcute în ultimul an, spitalul a fost reparat, serviciile au fost mai bine amenajate şi randamentul crescut.

S'a vizitat apoi *Spitalul «Profeiui Samoil»* condus de d. *Dr. Iancu,* care deşi instalat în clădiri vechi desfăşoară o frumoasă activitate.

Faptul că cele două spitale din Focşani nu dispun de localuri adequate, a determinat Ministerul Sănătăţii să pună în planul de investiţiuni al acestui departament construirea unui spital modern cu 100 paturi şi funcţionând cu două secţii : una de chirurgie şi alta de medicină internă. In localurile ocupate actualmente de cele două spitale urmează să se înfiinţeze un serviciu de maternitate şi unul de boale contagioase.

D. Ministru a vizitat apoi oraşul Panciu care a avut foarte mult de suferit în urma cutremurului din 1940. D-sa a luat măsuri ca în cursul acestui veri să se construiască de Ministerul Sănătăţii un dispensar cu baie populară.

In jud. Putna, d. ministru a mai vizitat spitalele mixte din Mărăşeşti şi Adjud, cari au nevoie de reparaţiuni importante şi cari vor trebui să funcţioneze în condiţiuni mai bune ca în prezent.

D-sa a dispus ca să se pună în stare de funcţionare normală instalaţiunile de băi şi farmaciile acestor spitale.

Creştere considerabilă a globulelor roşii, hemoglobinei şi greutăţii corporale prin Artose.

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

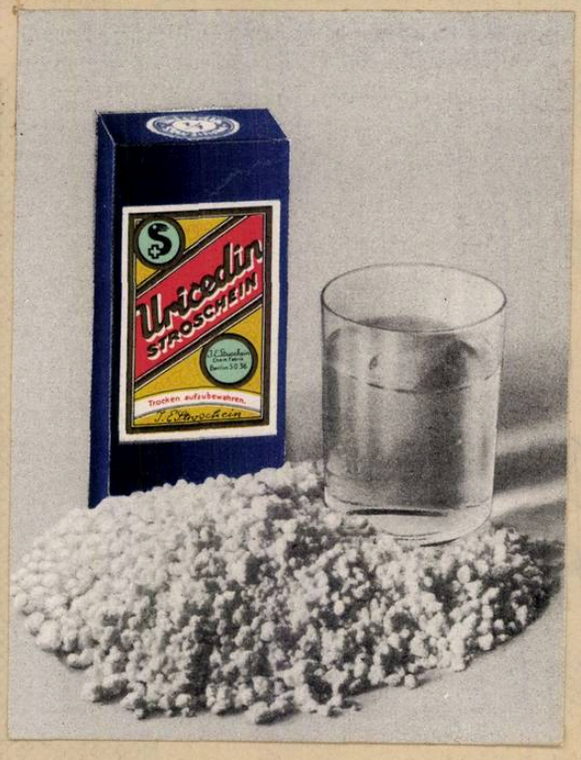
Flacon cu 100 g

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.



Cura de primăvară

Pentru inlăturarea congestiunilor şi a oboselii, care se manifestă cu predilecţie primăvară, este necesar un stimulent cum este „Uricedin", medicament cunoscut de 40 ani, e foarte eficace in combaterea bolilor de metabolism. Radicalul SO_4-ion al Uricedinei măreşte secreţia intestinală, stimulează peristaltismul şi inlătură constipaţia: prin aceasta inlătură atonia intestinală, care foarte des este cauza bolilor de metabolism. Deci pentru cura de primăvară „Uricedin".

Modul de intrebuinţare: Doza depinde de efectul laxativ. In general se va administra de 2-3 ori pe zi o linguriţă Uricedin intr'un pahar cu apă, ½ oră inainte sau după masă. Doze mai mari se pot lua fără vre'un inconvenient.

Reprezentanţă:
Loew & Co. A. G., Sibiu
Str. Bisericii 11 a.

J.E. Stroschein · Chemische Fabrik · Berlin SO 36

CINNOBIOL
INJECŢII

Cinamat de Benzil, Cholesterină, Eucaliptol, Guaiacol.

Imunizaţie artificială contra infecţiunilor bacilare, afecţiuni ginecologice (leziuni inflamatorii, ulceraţii produse de agenţi patogeni).

1—2 fiole intramusc. pe zi

ANTIASTHMATIC IFAR
SIROP

Iodură de codeină, Ephedrină, Cofeină, Tinct. Lobelia, Sirop de Thiocol şi de Belladona.

Indicat în astm bronchic, cardiac, tusa spasmodică, enfizem pulmonar, bronşite acute şi cronice, dispnea paroxistică, coriza spasmodică.

Mostre şi literatură Laboratorul „IFAR"
Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — Bucureşti IV
Telefon 5.67.48

Județul Tecuci

D. Ministru a inspectat *Spitalul de Stat din Tecuci* care este neîncăpător pentru bolnavii ce solicită internarea și care are totuși clădiri întregi rezervate locuințelor particulare ale directorului și administratorului spitalului. S'a hotărît ca să se aplice imediat decizia anterioară luată de Minister și neexecutată printr'un abuz nepermis, ca toate clădirile spitalului să fie puse la dispoziția bolnavilor. In modul acesta capacitatea spitalului va crește cu 30 de paturi, astfel ca randamentul acestui spital să se mărească. D. Ministru a hotărît ca baia publică a spitalului care din neglijență nu a fost reparată la timp, să fie imediat repusă în stare de funcționare. D. Inspector General Sanitar al regiunei a rămas în localitate pentru a executa deciziunile luate.

S'a vizitat apoi barăcile-spital construite de germani cari au fost achiziționate de Ministerul Sănătății în scopul de a se amenaja un spital pentru bolnavii tuberculoși din regiune.

Județul Tutova

La Bârlad, d. Ministru a vizitat *Spitalul «Beldiman»* care funcționează cu un număr redus de paturi din cauza avariilor suferite în urma cutremurului. A avut loc apoi o consfătuire cu Epitropii Spitalului «Beldiman», la care a luat parte d. Primar al orașului și medicii oficiali.

D. Ministru a arătat că este absolut necesar, pentru a se asigura asistența medicală pe care Statul este obligat să dea populației orașului Bârlad și a satelor învecinate, ca să se construiască un spital cu 100 de paturi cu două servicii: unul de chirurgie și altul de meedicină internă. Epitropia Spitalului «Beldiman» va face toate eforturile ca din veniturile proprii și din diferite contribuțiuni, să refacă și vechiul spital.

A fost inspectat apoi serviciul sanitar al orașului, serviciul sanitar județean și policlinica școlară.

D. Ministru a mai vizitat circumscripția sanitară Băcani, din județul Tutova, luând măsuri pentru terminarea dispensarului, a cărui construcție a început în 1936.

Județul Bacău

La Bacău, spitalul de stat, condus de d. dr. Pătrășcanu, funcționează în condițiuni bune.

Școala de surori infirmiere înființată în toamna anului 1941 dă foarte bune rezultate. D-l ministru a luat măsuri ca în anul viitor să se primească un număr dublu de eleve, întrucât instituțiile statului au nevoe de personal sanitar foarte bine pregătit.

Laboratorul de igienă al județului a desfășurat o frumoasă activitate pe tărâmul depistării și combaterii bolilor contagioase de război.

D. ministru a dat dispoziții ca serviciile sanitare de oraș, de județ și laborator, să se concentreze în fostul sanatoriu Vadasz, iar consultațiile medicale să se facă numai la spitalul de stat, unde există pe lângă un local adecuat și medicii specialiști necesari.

Județul Roman

Dela Bacău d. ministru Tomescu s'a îndreptat spre Roman, unde a vizitat *spitalul de pelagroși din Pănceşti*, care a fost mult îmbunătățit în ultimele luni dar mai are încă nevoie de unele ameliorări.

Spitalul de stat din Roman, foarte bine condus de d. dr. *Fălcoianu*, funcționează cu Secțiuni de chirurgie, de medicină internă, de boli contagioase, de radiologie și de laborator.

D. ministru a dat dispoziții pentru terminarea tuturor reparațiunilor necesare și pentru amenajarea farmaciei și laboratorului.

După ce a inspectat serviciul sanitar al orașului Roman, care funcționa în condițiuni defectuoase, d. prof. Tomescu a dispus ca acest serviciu să se instaleze la spitalul de stat.

In jud. Roman s'a vizitat spitalul mixt din com. Bâra, unde medicul șef d. dr. Teodor Ionescu desfășoară o frumoasă și rodnică activitate medicală.

Județul Vaslui

S'a vizitat apoi dispensarul dela Dumești, unde d. ministru Tomescu a hotărît ca să se instaleze numai decât sediul circ. medicale și să se efectueze toate amenajările ce mai erau necesare.

Spitalul Negrești, care a fost vizitat apoi, are nevoie de foarte importante amenajări atât în interiorul cât și în exteriorul spitalului.

La Vaslui a fost inspectat *spitalul «Drăghici»*, care trebue să fie mai bine instalat și unde se va spori numărul paturilor pentru bolnavi. Deasemenea vor trebui efectuate în cel mai scurt timp, reparațiile de la cutremur.

D. ministru Tomescu, a avut apoi o consfătuire, cu prefectul jud. Vaslui, cu Primarul orașului domnul general Răşcanu, și medicii oficiali din localitate. S'a discutat programul de lucrări și îmbunătățiri sanitare ce trebuesc efectuate în cursul anului 1942 în jud. Vaslui. Deasemenea s'a examinat măsurile ce trebuesc luate pentru îmbunătățirea spitalului Drăghici.

S'a inspectat apoi spitalul german, instalat în barăci, care a fost achiziționat de ministerul sănătății și unde se va organiza în cel mai scurt timp, un spital pentru bolnavii tuberculoși din județ.

D. ministru a vizitat apoi lagărul de prizonieri dela Vaslui unde prizonierii sunt foarte bine îngrijiți într'un spital încadrat cu 5 medici.

Județul Fălciu

La Huși, d. ministru a inspectat spitalul de stat din localitate, care sub conducerea d-lui dr. Adamesteanu a desfășurat o intensă activitate în opera de îngrijire a răniților de război.

Spitalul care funcționează în condițiuni satisfăcătcare trebue îmbunătățit pentru a se asigura asistența medicală unui cât mai mare număr de bolnavi.

In urmă s'a ținut o consfătuire cu medicii de circumscripție din județ, cari se găseau întâmplător la Huși.

Constatări generale

Nevoia reorganizării serviciilor sanitare județene și comunale

Pretutindeni s'a constatat o insuficientă organizare a serviciilor sanitare județene și comunale. De aceea s'a hotărît ca ele să fie reorganizate după normele generale ce vor fi fixate de Ministerul Sănătății. In principiu, activitatea birocratică va fi mult redusă, desvoltând la maximum acțiunea sanitară, Iar cadrul în care aceste servicii își desfășoară activitatea, trebue să corespundă misiunii lor, mai ales din punct de vedere al igienei.

Pregătirea personalului sanitar

D. Ministru al Sănătății vizitând școalele de personal sanitar și instituțiile medicale a hotărît să se înființeze câte o școală de surori-infirmiere la Brașov, Turda, Roman și Huși cu începerea noului an școlar, — la 1 Octombrie 1942.

Totdeodată a hotărît ca școala de moașe dela Brașov și dela Alba-Iulia, ca și școalele de surori-infirmiere dela Sibiu și Bacău să-și dubleze numărul înscrierilor în viitorul an școlar.

Starea sanitară este foarte bună

In toate județele vizitate starea sanitară este foarte bună. Nu sunt boale epidemice serioase și boalele sociale sunt combătute în mod sistematic.

D. Ministru a dat indicațiuni asupra acțiunei de combatere a mortalității infantile, acțiune care trebue dusă în mod foarte sistematic în cursul acestei veri.

Intrunirea inspectorilor generali sanitari

Problemele actuale ale organizaţiei sanitare de Stat.

In ziua de 28 Mai a. c. a avut loc la Ministerul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale sub prezidenţia d-lui prof. dr. Tomescu, ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, o întrunire a inspectorilor generali sanitari în care s'au examinat problemele actuale ale organizaţiei sanitare.

D. prof. dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale a făcut o expunere asupra normelor generale după care trebue să funcţioneze serviciile sanitare şi medicale ale Statului.

In principiu, toate serviciile trebuesc reorganizatee în scopul de a avea un randament maxim iar cadrul în care funcţionează trebue să constitue un model şi un îndemn, în ceeace priveşte igiena, confortul şi estetica.

Dispensariile rurale

In comunele rurale, dispensarul medical alături de şcoală, trebue să fie o instituţie activă, unde lumeea să vină cu încredere şi să plece mulţumită. Băile populare trebue să devină o realitate acolo unde există, nu clădiri neutilizate.

Medicii de circumscripţii rurale, cari sunt elementele cele mai preţioase ale organizaţiei noastre sanitare trebue mai mult ajutaţi în îndeplinirea frumoasei lor misiuni.

Serviciile sanitare de oraşe

Partea cea mai slabă a organizaţiei sanitare actuală sunt serviciile sanitare de oraşe. Instalate în clădiri particulare cu totul improprii, ele nu corespund scopului pentru care au fost create, din cauza confuziunei ce se face între acţiunea de medicină preventivă şi de poliţie sanitară ce cade în sarcina lor şi activitatea de medicină curativă ce sunt obligaţi de împrejurări să o practice. Aceasta o fac însă fără mijloacele necesare, în condiţiuni inadmisibile.

De aceia asistenţa medicală trebue grupată în jurul spitalelor, cari dispun de specialişti şi de laboratoare, iar igiena, medicina preventivă şi poliţia sanitară va reveni serviciilor sanitare de oraş.

Spitale

In acest domeniu s'a făcut cel mai mare efort şi rezultatele sunt din ce în ce mai evidente. Statul a acordat mijloacele necesare şi prin legea care a dat dreptul spitalelor de a utiliza veniturile proprii pentru ameliorări şi investiţii, a dat acestor instituţii posibilitatea de a se renova.

Rolul medicilor de spital este însă cu mult mai mare decât acela de a îngriji bolnavii internaţi în instituţia lor. Ei trebue să fie conducătorii şi animatorii acţiunei sanitare, în legătură cu specalitatea lor, — pe tot teritoriul unui judeţ.

Din nefericire suntem încă departe de a avea în fiecare judeţ toţi specialiştii de care se simte nevoe. Acest deziderat se va putea realiza în câţiva ani, neecesari preparării marelui număr de specialişti de care ţara are nevoe.

Laboratoriile

In oraşul de reşedinţă al fiecărui judeţ trebue să funcţioneze în cât mai bune condiţiuni: un laborator de analize biologice, un laborator de radiologie şi o farmacie, pe lângă spital.

Ceeace avem astăzi trebue să reorganizăm şi să consolidăm. Acolo unde lipsesc aceste laboratoare trebuesc întemeiate pe măsură ce vom găsi specialiştii necesari.

Medicii şefi de judeţ şi inspectorii sanitari

Medicii şefi de judeţ şi inspectorii sanitari trebue să fie marii animatori ai acţiunei sanitare pe tot întinsul ţării. Numai în măsura în care o vor face şi vor reuşi, ei îşi vor îndeplini nu numai misiunea lor dar şi cele mai elementare obligaţii de serviciu.

Corpul medical românesc a dovedit atât în timp de pace, cât şi în timp de război, atât capacitatea sa profesională cât şi elanul său patriotic. Dacă va fi bine condus şi i se va pune la dispoziţie mijloacele tehnice necesare, cu siguranţă că acţiunea sanitară atât pe planul preventiv cât şi pe acela al medicinei curative va fi din ce în ce mai puternică şi mai eficace.

D. dr. I. Stoichiţia, secretar general al Ministerului a arătat rolul important al inspectorilor generali sanitari în noua concepţie de organizare şi conducere a serviciului sanitar.

Inspectoratul General Sanitar trebue să fie un animator, un îndrumător şi un conducător real al serviciilor sanitare din ţară. Ei trebue să cunoască îndeaproape pe toţi oamenii şi toate instituţiile de sub autoritatea lor, deasemenea este absolut necesar ca să fie în permanent contact cu serviciile sanitare de orice fel, deplasându-se pe teren cât se poate de des. Inspectorii generali sanitari trebue să fie oameni de concepţie şi de iniţiativă care să dinamizeze toate serviciile sanitare.

D. Secretar General a expus apoi diferitele constatări ce s'au făcut în inspecţiile la serviciile sanitare şi spitalele din ţară. D-sa a arătat necesitatea ca spitalele, dispensarele, băile populare şi toate serviciile sanitare să funcţioneze cu maximum de randament, şi a cerut în acest scop domnilor Inspectori Generali Sanitari să viziteze cât mai des aceste instituţiuni.

Trecând apoi la problema organizării cursurilor de pregătire sanitară pentru cele 5.000 de învăţătoare.

D. Secretar General a fixat împreună cu inspectorii generali sanitari localităţile, localurile personalul didactic şi programul didactic a acestor cursuri.

Problema combaterii tuberculozei pulmonare a fost apoi examinată studiindu-se condiţiile în cari se vor construi spitalele în barăci pentru tratarea şi izolarea bolnavilor. S'a examinat apoi aplicarea pe teren a depistării tuberculozei pulmonare prin aparate de microfotoradiografie şi problema vaccinării intra-cutanate cu B. C. G. a copiilor de vârstă şcolară.

Au expus apoi problemele locale ale inspectoratelor respective, d. dr. Alexa Inspector General Sanitar la Iaşi, d. dr. Troia Inspector General Sanitar al regiunei Galaţi, d. dr. I. Apostolescu Inspector General Sanitar al regiunei Bucureşti şi d. dr. Buteanu Inspector General Sanitar al regiunei Timişcara.

Concurs de medici secundari

In ziua de Miercuri 1 Iulie 1942 ora 9 a. m., va avea loc la Bucureşti în localul Ministerului Sănătăţei Calea Plevnei No. 19, prima şedinţă a concursului pentru ocuparea a 6 posturi de medici secundari de spitale, specialitatea boli interne şi contagioase, în următoarele servicii de boli interne ale spitalelor din ţară:

a) Spitalul Preda din Craiova.
b) Spitalul Grecescu din Tr. Severin.
c) Spitalul de Boli Interne-Ploeşti.
d) Spitalul Călăraşi.
e) Spitalul Slatina.

Cererile de înscriere se vor adresa cu 10 zile libere înainte de data începerei concursului, la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, Calea Plevnei No. 19.

Probele concursului sunt:

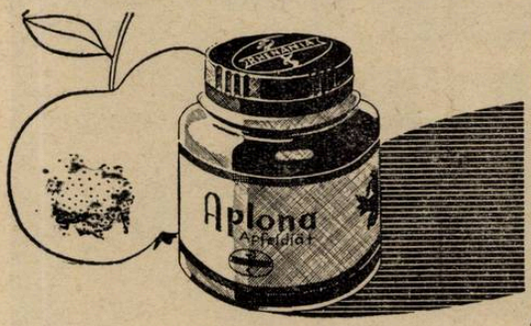
a) O probă de activitate medicală, de titluri şi de lucrări;

b) O probă clinică în specialitate;

c) O probă clinică de boli contagioase.

Pentru proba de activitate medicală de titluri şi de lucrări, candidaţii vor depune la Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, cu cel puţin 5 zile libere înainte de data începerii concursului, un memoriu scris care va conţine titlurile, activitatea spitalicească şi ştiinţifică a candidatului, la care se vor anexa actele vor consemna stagiile şi activitatea desfăşurată.

Un antidiareic politrop
în loc de măsuri medikamentoase multiple



Proprietatea de absorbţie şi puterea de desinfecţie a combinaţiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând „Aplona", lipsită de inconvenientele mărului crud, întruneşte însuşirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

Aplona

dieteticul medicamentos

dă consistenţă scaunului — desintoxică — regularizează peristaltismul intestinal.

RHENANIA "Rhenania" Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft

Depozitari pentru România: Pharmag S. A. Braşov, Strada Regina Maria, 18.

PELLACOTIN

„Dr. RADU"

Vitamina P. P. (Acid Nicotinic)

specific în:

Pelagră, gastrite hipoacide, achilii gastrice, seboree, acnee, insuficienţe hepatice, intoxicaţiuni diverse, porfirinurii.

Ambalaj:

Injecţii: Pellacotin fiole a 5 cc (soluţie 3%) cutii cu 5, 15 şi 50 fiole

Oral: Tuburi cu 20 tabl. a 0,10 **ACID NICOTINIC** Dr. Radu

Dr. Alex. RADU, Bucureşti 3 Str. Sofia 14

ABURI
TĂMĂDUITORI
. . . . Precursori tratamentului modern de înhalație!
Glycirenan
reputat de decenii pentru profilaxia
și tratamentul
asthmului bronșic, bronșitele, rhinitei,
laringitei, tracheitei și sinusitelor.
Atmos - Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

Conferința D-lui Prof. Dr. Marotta asupra „Organizării sanitare a statului italian"

In ziua de 23 Mai s'a ținut în Amfiteatrul Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale conferința d-lui prof. dr. *Marotta*, Directorul Institutului de Igienă din Roma asupra «Organizării sanitare a Statului Italian». Au participat la această expunere profesorii Facultății de Medicină din București, conducătorii instituțiilor sanitare din Capitală și un număr însemnat de medici.

D. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale prezentând pe d. prof. *D. Marotta* a ținut să aducă un omagiu cordial științei medicale italiene spunând în rezumat următoarele:

Medicina a găsit din timpurile cele mai îndepărtate, un teren de strălucită desvoltare în civilizația multi-secular ce s'a desfășurat pe pământul sacru al Italiei de astăzi.

Trei epoci sunt în special impresionante prin marea lor operă medicală: epoca romană, aceea a renașterii și epoca fascistă.

In epoca romană, știința și practica medicală ajunsese la o mare desvoltare, de ale cărei proporții ne dăm seama prin mărturiile ca și prin scrierile ce ne-au rămas din acele timpuri îndepărtate.

Cine a vizitat Pompeiul, oprindu-se câteva minute în «Casa chirurgului» și a admirat apoi în muzeul dela Neapole, instrumentarul chirurgical așa de bogat al acestui ilustru precursor, și-a putut da seama de reemarcabila desvoltare pe care medicina romană o avea acum 2.000 de ani.

Iar din opera lui Galien, care a trăit toată viața la Roma și a oglindit în scrierile sale întreaga știință medicală a epocei sale, rees nu numai marile posibilități practice ale medicinei romane dar și înaltele concepțiuni științifice de care era călăzită.

Epoca renașterii s'a caracterizat în primul rând, printr'o fericită desvoltare a artelor sub toate formele. Admirând arhitectura, sculptura și pictura acelui timp, medicul fascinat de impresiunile puternice pe care le resimte, observă cu naturală satisfacție, că printre clădirile monumentale ale epocei, spitalele ocupă un loc important.

Dacă știința pură nu constituia o preocupare primordială în timpul renașterii, opera de asistență medicală era organizată cu generozitate. O mărturie încă vie a acestor fapte este Spitalul de Copii dela Florența ale cărui planuri au fost întocmite de Brunelleschi iar ornamentațiile exterioare se datoresc lui della Robbia.

Epoca fascistă grație directivelor Ducelui, aduce în domeniul științei medicale un efort organizat, iar în acela al sănătății publice o voință inovatoare și creatoare.

Problema pelagrei, a tuberculozei, a malariei au fost rezolvate într'o largă măsură, grație unei puternice organizații sanitare.

Prof. Marotta este unul din cei mai ilustri reprezentanți ai științei italiene contemporane pe care asigurându-l de toată stima și simpatia noastră, îi exprimăm speranța că D-sa va duce cu sine impresia că aici trăește un popor latin viguros, muncitor și demn, care nu poate renunța la nici unul din idealurile sale.

D. Prof. Dr. Marotta mulțumind d-lui ministru al Sănătății pentru elogiile aduse organizației sanitare italiene și-a exprimat convingerea că războiul actual va cimenta și mai mult legăturile între cele două popoare latine.

Trecând la subiectul expunerii d-sale, d. prof. Marotta a arătat că asistența sanitară este dominată în Italia de concepția ajutorului finanțat și organizat prin contribuția obligatorie a tuturor cetățenilor. Această organizare a asistenței medicale a permis regimului fascist să întreprindă două mari opere: lupta pentru primatul demografic și cartea muncii. Acțiunea pentru primatul demografic este în continuă desfășurare iar cartea muncii a stabilit obligativitatea asistenței medicale a muncitorilor. O serie de organizațiuni speciale — Opera Națională pentru Maternitate și Copii, Tineretul Italian al Lictoriului, etc. — se ocupă îndeaproape cu asistența medicală și cu îmbunătățirea integrală a ținuturilor bântuite de malarie.

Institutul Superior de Sănătate este organul technic de îndrumare și control al asistenței sanitare. El este constituit din următoarele secții: laboratoare de bacteriologie, chimie și biologie, secția de epidemiologie, de fizică, de geniu sanitar, de malariologie, biblioteca și muzeul.

Câmpul de activitate al Institutului superior de sănătate este foarte vast. Astfel pe de o parte se efectuează aici controlul alimentelor, al băuturilor, al produselor farmaceutice, al serurilor, al vaccinurilor și al vitaminelor iar pe de altă parte se efectuează cercetări științifice în cele mai diferite câmpuri de activitate. In acest Institut este organizat și învățământul de specialitate și se țin cursuri pentru medici, chimiști, ingineri, infirmiere și agenți sanitari.

Deasemenea se fabrică în acest Institut seruri și vaccinuri care sunt puse la dispoziția laboratoarelor provinciale și universitare.

Organizația sanitară din Italia are astfel la dispoziție un organism modern de cercetări și de control care poate efectua lucrări din cele mai însemnate pentru îmbunătățirea condițiilor sanitare.

Examenele de clasificare pentru medicii primari de specialitate

In lunile Iunie și Noembrie 1942 vor avea loc două sesiuni de examene de clasificare pentru medicii primari de specialitate.

Prima sesiune de examene va începe în ziua de Joi 18 Iunie iar a doua sesiune în ziua de 16 Noembrie 1942.

Examenele se vor ține pentru următoarele specialități:

a) Din grupul specialităților medicale:

1. Medicina internă.
2. Pediatrie și puericultură.
3. Dermatologie, sifilis și boli venerice.
4. Boli contagioase.
5. Tuberculoză.
6. Neurologie.
7. Psihiatrie.

b) Din grupul specialităților chirurgicale:

1. Chirurgia generală.
2. Obstetrică și ginecologie.
3. Chirurgie infantilă și ortopedie.
4. Stomatologie.
5. Neurochirurgie.
6. Oftalmologie.
7. Oto-rino-laringologie.
8. Radioelectrologie.

Cererile însoțite de acte se vor adresa Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale cu zece zile libere înainte de datele fixate pentru examen. In cereri se va specifica specialitatea pentru care se concurează.

Candidații la examenele de clasificare pentru medicii primari de specialitate trebue să aibă un stagiu spitalicesc de cel puțin trei ani în specialitatea respectivă de doctor în medicină timp în care să fi ocupat o funcțiune publică, (medici secundari, preparatori, asistenți universitari etc.) în țară sau într'o instituțiune publică din străinătate recunoscută de Ministerul Muncii, Sănătății și Ocrotirilor Sociale.

Probele examenelor de clasificare precum și chestionarele de medicină socială, de chirurgie operatorie, de epidemiologie, de tehnică radiologică sunt publicate în Monitorul Oficial Nr. 109 din 12 Mai 1942.

† Prof. Constantin Bacaloglu

Viaţa profesorului Bacaloglu a fost un exemplu de muncă şi de sacrificii, începând din frageda tinereţe şi până în pragul bătrâneţei neertătoare.

Studiile medicale şi le-a făcut la Paris, unde nu s'a mulţumit să satisfacă numai cerinţele programei oficiale a Facultăţii, dar s'a preparat şi pentru concursurile de externat şi internat, pe care le-a trecut cu succes oferindu-şi astfel posibilitatea de a-şi completa instrucţia medicală în imediata apropiere a celor mai mari maeştrii.

In anul 1900 a obţinut odată cu titlul de Doctor în Medicină menţiunea de laureat al Facultăţii şi premiul Monthyon.

Cu o instrucţie medicală desăvârşită, la reîntoarcerea în ţară, profesorul Bacaloglu se remarcă dela început şi îşi începe ascensiunea ocupând rând pe rând în ierarhia universitară situaţiunile de asistent, de şef de lucrări, docent, profesor agregat, profesor titular şi apoi demnităţile de Decan al Facultăţei de Medicină din Iaşi şi Rector al Universităţii Iaşi.

Am avut ocazia să-l cunosc deaproape în timpul scurtei noastre colaborări în clinica Medicală dela Spitalul Colţea.

Şi dacă în clipa aceasta încerc să-mi răscolesc amintirile, îmi răspund toate în ecou: «Nu vorbi numai de profesorul Bacaloglu! N'a murit numai profesorul, ci odată cu el a murit un **om**! A murit un om **bun**! Ţi-a murit un prieten!»

Profesorul Bacaloglu era prin excelenţă un om **bun** şi înţelegător.

Ochii lui erau o oglindă fidelă a sufletului şi în sufletul lui zăceau comori de armonii.

Muzician desăvârşit şi cu o fire complexă de artist, profesorul Bacaloglu aprecia cu o egală competinţă oamenii, ştiinţa, pictura, poezia şi muzica.

Pentru el omul nu reprezenta numai o şaradă clinică pe care trebuia să o rezolve, dar şi un mister al cărui sens enigmatic nu putea fi prins decât în relaţiile dela suflet la suflet.

In privirile oamenilor el descifra taine nemărturisite prin grai, şi dincolo de aparenţe el descoperea esenţa.

Firile posace şi posomorîte întruchipau pentru el un non-sens al naturii.

Debordând de optimism, profesorul Bacaloglu ştia totdeauna să găsească un cuvânt cald de încurajare, atunci când vreunul din cei care îi erau mai apropiaţi suferea în tăcere isbit de săgeata crunţă a nedreptăţii.

Generozitatea lui înăscută i-ar fi putut da un mare ascendent dacă viaţa l-ar fi ţinut complect îndepărtat de risipa măruntă a luptelor cotidiane.

Profesorul Bacaloglu a fost un om fericit în sensul înţelepţesc al cuvântului şi a ştiut să imprime patina dragostei şi a fericirei tuturor acelora care i-au fost apropiaţi.

L-am văzut ultima dată cu câteva zile înainte de moarte.

Suferise mult!

Nu mai părăsise patul de mai bine de o jumătate de an!

Nu mi-a mărturisit sentimentele pe care le avea, dar mi-am dat limpede boală, s'a purificat de tot ceeace este seama, că în timpul exilului impus de pământesc în om.

Se schimbase!

Slăbise!

Ochii lui erau însă aceiaşi şi numai pe trăsăturile obosite ale feţei am putut ceti acea detaşare de viaţă caracteristică clinicianilor mari, care asistă la

tragica desagregare a propriei lor fiinţe.

S'a iteresat de multe şi multe amănunte din viaţa noastră a celor care eram sortiţi să rămânem mai departe în tumultul terestru, dar mai ales s'a interesat de Facultatea de Medicină care i-a fost atât de dragă.

Am avut impresia că în afară de familia lui care făcea parte integrantă din însăşi existenţa lui, şi în afară de câţiva prieteni pe care îi iubea, Facultatea de Medicină reprezenta singura legătură pământească pe care o mai avea.

L'am găsit compelct pregătit pentru călătoria cea lungă şi fără de sfârşit.

Multă vreme am tăcut şi unul şi altul.

Deodată însă profesorul Bacaloglu a întrerupt tăcerea, obosit mi-a întins mâna şi apoi afabil mi-a spus:

— «La revedere, dragul meu! Iartămă, dar nu mă simt bine! Mai trec pe la mine».

De atunci nu l'am mai revăzut; dar impresia care mi-a rămas este atât de puternică, încât am siguranţa că — dacă mi-ar fi dat să-l mai întâlnesc vreodată pe drumul necunoscut în care s'a pierdut, — voi regăsi aceiaşi figură purificată şi împăcată pe care am părăsit-o.

de Prof. Dr. VINTILĂ CIOCÂLTEU

BIBLIOGRAFII

Anatomie generale; origines des formes est des structures anatomiques. par H. Rouvière, professeur d'anatomie à la Faculté de Mèdecine de Paris. Membre de l'Académie de Médecina. *Masson et C-ie, Editeurs.* Un volum de 192 pagini cu 96 figuri 70 fr.

Auorul arată în câteva pagini de introducere că evoluţiunea este sub dependinţa, de o parte, a finalităţei prin care toate schimbările de organizare sunt preparate dinainte în germen, de altă parte, de mecanismul acţiunilor fizico-chimice cari provoacă apariţiunea acestor schimbări. In această lucrare, prof. Rouviére eipune acest rol al mecanismului.

El trece în revistă morfogenoza architecturei caselor, fasciilor, a capsulelor articulare, a ligamentelor, ale cartilajiilor, muşchilor, vaselor sanguine şi limfatice, caşi lobaţiunea anumitor organe splanchnice.

Printre demonstraţiunile originale ale acestei lucrări, trebue să semnalăm, în special pe cele referitoare la formarea proeminenţelor şi depresiunilor osoase nearticulare, principiile cari conduc la direcţiunea şi rezistenţa caselor lungi, influenţa la om ai diverşilor factori de rezistenţă osoasă asupra topografiei fracturilor oaselor lungi prin cauză indirectă, grosmea cartilajilor articulare, aranjamentul elementelor anatomice cari le constituesc, atrofia cartilajiilor în diartrozele imobilizate, teitura fasciilor, textura şi origina ligamentelor, legea de direcţiune a fibrelor cari alcătuesc muşchii şi tendoanele, raţiunea de a fi a intersecţiunilor tendinoase şi a tendoanele intermediare ale muşchilor poligastrici, tensiunile cari se exercită asupra pereţilor arteriali şi structura particulară a unor artere, legea fisurărilor, etc.

Prin caracterul chestiunilor cari sunt tratate în această lucrare, aceasta se adresează nu numai anatomiştilor ci şi tuturora acelora pe cari îi interesează problemele evoluţiei.

In toate afecţiunile acute şi cronice ale amigdalelor palatine şi linguale a faringelui a vălului palatin şi al întregei mucoase buco-faringiene. Stomatite bismutice şi mercuriale.

ANGINAL

Lacto-Fluorescein Bijod-Thymol

SOLUŢIE: o linguriţă la un pahar cu apă călduţă pentru gargară de 3—4 ori pe zi.

Literatură şi eşantioane: Agenţia Română Franceză Str. Constantin Moroiu No. 28. Telefon 3.57.87

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre gratuite la cerere MEDIROM S. A. R. BUCUREŞTI IV — STR. OLARI 23, Tel. 2.39.46.

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Mostre gratuite la cerere MEDIROM S. A. R. BUCUREŞTI IV — STR. OLARI 23, Tel. 2.39.46.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAȚIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid — Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6–10 comprimate pe zi.
Copii dela 5–12 ani:	3– 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2– 5 ani:	1– 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½– 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

fabrica de produse chimice
gedeon richter
București V,
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69.03

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

Subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 şi 5 cc. conţinând 4 respectiv 10 mgr. iod.

Preparat sulfamidat

AMBESID

TABLETE ŞI FIOLE

Conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tablete

Fiole de 2 şi 5 cc. cu un conţinut de 10%

Indicat în stările de infecţiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi, gonococi şi colibacili

---

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 100, 300 şi 1000 unităţi internaţionale.
Fiole de 100 unităţi internaţionale, în soluţie apoasă.
Fiole de 1000, 10.000 şi 50.000 unităţi internaţionale, în soluţie uleioasă.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, București

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREȘTI

Anul XX No. 12 — 15 Lei Exemplarul — 15 Iunie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. ALFRED RUSESCU, Dr. CORNELIU CONSTANTINESCU, şi Dr. ANGELA POPESCU: *Nodozităţile reumatismale la copil.* 169

Dr. AT. IANAŞ: *Climatoterapia în tratamentul tuberculozei osteoarticulare.* 172

Dr. ION GOLOGAN: *Criza în auroterapia tuberculozei pulmonare* 175

Dr. I. DANICICO, Dr. M. COPACIANU şi Dr. H. BARLE: *Narcoza cu E-vipan-Na în chirurgia de război* 177

Dr. A. ADRIAN, M. ONCESCU, şi C. ANAŞTASATU: *Simfiză pleuropulmonară acută după operaţia lui Iacobaeus, cu refacerea colapsului total printr'o nouă intervenţie* 179

ARTICOLE PROFESIONALE

Dr. EUGEN SUCIU: *De ce nu avem radiologi ?* 180

Dr. S. IRIMESCU: *Medicul dela ţară şi medicul dela oraş* 181

Dr. MARIN ENACHESCU: *Concursul de secundariat în medicina internă din Aprilie 1942* 182

NOTE ŞI INFORMAŢII

Vizita d-lui Ministru al Sănătăţei la Instituţiile sanitare din Judeţul Prahova; Noua organizare sanitară a Capitalei; Conferinţa pentru studiul problemei ocrotirei copilului; Şedinţa Consiliului Sanita Superior 184

BIBLIOGRAFII

Les explorations fonctionnelles par *Noël Fiessinger.* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

In afecţiunile datorite
insuficienţei de vitamină B_1

BETAXIN

Vitamina B_1

preparată pe cale sintetică

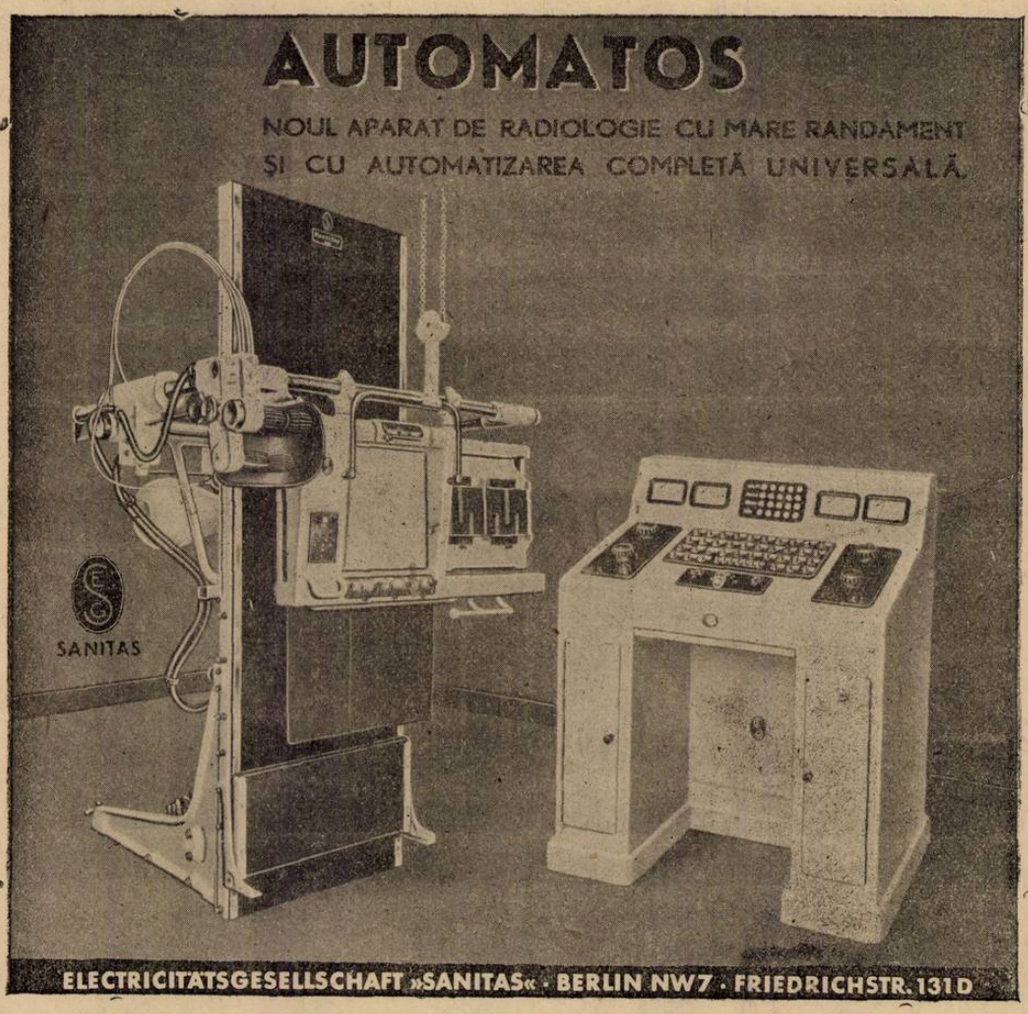
»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: „Romigefa" S. A. R. Bucureşti I.
Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86.

Aparatul „AUTOMATOS“

cu automatizare integrală universală este ultima perfecţiune în ştiinţa radiologiei moderne.

Prin apăsarea pe unul dintre cei 36 butoni, urmează într'adevăr automat:



Aparatul «*Automatos*» în legătură cu aparatul de examinare «*Novoskop*» şi cu aparatul modern pentru radiografii selecţionate în serie «*Super-Graphos*».

1. **Punerea în circuit a postului de lucru.**
2. **Reglarea tensiunei tubului pentru grafii.**
3. **Reglarea tensiunei tubului pentru scopii.**
4. **Reglarea produsului de miliampersecunde.**
5. **Reglarea curentului tubului (miliamperaj).**
6. **Punerea în circuit a aparatelor întrebuinţate de la caz la caz, de exemplu: tomograf, kymograf, diafragma Potter-Bucky, anodă rotativă, etc.**
7. **Semnalizarea datelor de reglaj importante spre a fi reamintite.**

Afară de aceasta se produce permanent şi independent de regim:

8. **Compensarea oscilaţiunilor tensiunei reţelei în circuitul curentului de încălzire.**
9. **Compensarea oscilaţiunilor tensiunei reţelei în circuitul curentului de înaltă tensiune al tubului şi circuitelor ajutătoare.**

Cereţi prospectul explicativ şi vizita inginerilor noştri!

„CARTEA ROMÂNEASCĂ“ S. A. BUCUREŞTI

REPREZENTANŢA GENERALA PENTRU ROMANIA A
UZINELOR MONDIALE

ELECTRICITAETS GESELLSCHAFT „SANITAS“ m. b. H., BERLIN Nw. 7

PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

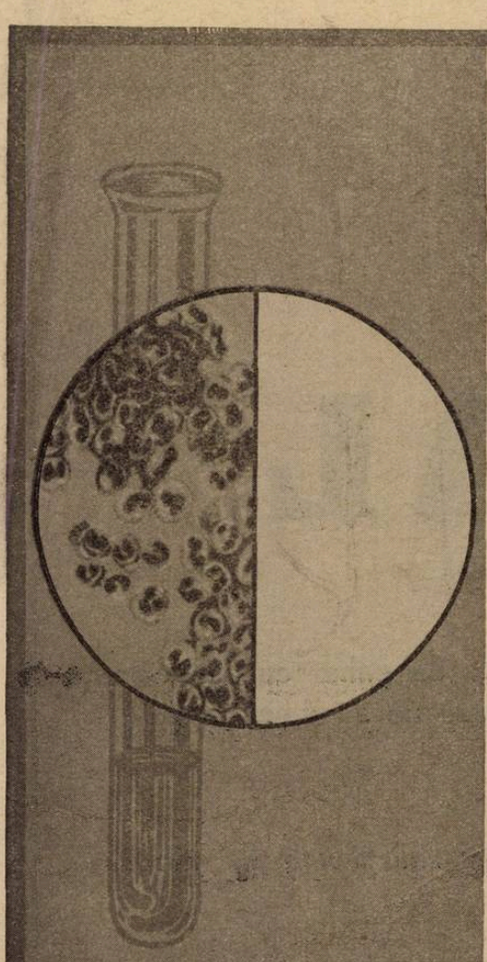
conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



ANTISEPTIC, URINAR ȘI GENERAL

NEOHEXAL

în toate procesele infecțioase ale căilor urinare,
precum și în gripe și răceli

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

*Pentru hormonoterapie cu substanțe active proprii corpului**

PROGYNON
pentru tratamentul insuficienței ovariene (și al cazurilor grave)

PROLUTON
pentru tratamentul hemoragiilor genitale și al avortului repetat

TESTOVIRON
pentru terapia insuficienței sexuale masculine

* Organizmul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolizm intermediar nu necesită noui funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele acelaș rezultat ca și cu medicamente străine corpului. — Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 655

Literatură detailată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

CODERE Str. Clemenceau, 6

Schering

In toate afecțiunile acute și cronice ale amigdalelor palatine și linguale a faringelui a vălului palatin și al întregei mucoase buco-faringiene. Stomatite bismutice și mercuriale.

ANGINAL

Lacto-Fluorescein Bijod-Thymol

SOLUȚIE: o linguriță la un pahar cu apă călduță pentru gargară de 3—4 ori pe zi.

Literatură și eșantioane: Agenția Română Franceză Str. Constantin Moroiu No. 28.
Telefon 3.57.87

Anul XX No. 12 15 Lei Exemplarul 15 Iunie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

NODOZITAŢILE REUMATISMALE LA COPIL

de Prof. Dr. ALFRED RUSESCU
Director al Clinicei infantile spitalul de copii

şi

Dr. CORNELIU CONSTANTINESCU
Medic primar în Serv. medical Spit. de Copii

Dr. ANGELA POPESCU
Internă

Reumatismul articular acut este frequent la copil. Excepţional la sugar, el se întâlneşte în deosebi în cea de a 2-a copilărie cu maximum de frequenţă între 8 şi 15 ani.

Simptomatologia reumatismului articular la copil este foarte variabilă. Mai mult ca la adult observăm uneori forme fruste, apiretice cu foarte puţine simptome articulare, iar de cele mai multe ori întâlnim forme cu simptome articulare intense generalizate cari pot da manifestări viscerale, în special cardiace.

După legea clasică a lui Bouillaud, cu deosebire la copil, frequenţa manifestărilor cardiace în cursul reumatismului poliarticular acut, este **regulă.** Cât priveşte în formele uşoare — chiar apiretice — caracterizate numai prin vagi dureri articulare — frequenţa acestor manifestări este des întâlnită.

Dacă manifestările cardiace în cursul reumatismului sunt aşa de numerocase, în schimb alte manifestări, cum. sunt cele cutanate se ivesc mai rar şi chiar excepţional de rar observăm manifestări subcutanate denumite **«nodozităţi reumatismale».**

Nodozităţile reumatismale subcutanate, după unii autori au o importanţă clinică şi patologică extrem de importantă. Observate pentru prima dată în 1813 de către Chomel nu li s'a făcut de către acest autor o descriere amănunţită, ci doar au fost semnalate ca un simplu fapt de observaţiune clinică.

Meynet în 1875, face o descriere mai complectă a acestor formaţiuni patologice, într'o comunicare ţinută la Societatea medicală din Lyon. Cazul pe care-l prezintă Meynet este al unui copil de 14 ani, care prezenta al 3-lea pusseu de reumatism, în cursul căruia apar şi nodozităţile reumatice.

Cercetări mai importante datează din 1879 când Davaine, apoi Barlow şi Warner, descriu semnele esenţiale şi predilecţia pentru vârsta tânără.

Troisier, Brocq, Widal, Jaccoud, Brissaud, Bard şi Roy complectează perfect cunoştinţele noastre asupra nodulului reumatismal.

In Germania Rehn, Henoch, Hirschsprung, publică câteva observaţiuni similare. De menţionat sunt cele 8 cazuri ale lui Hedwig Zweig observate în clinica din Breslau.

In Anglia ca şi în Germania, de altfel, importanţa nodozităţilor reumatismale este aşa de mare încât se descrie un reumatism nodos ca entitate clinică caracterizată prin coincidenţa nodozităţilor şi a artropatiilor.

In literatura medicală românească, n'am găsit descrise asemenea cazuri şi de aceia credem că este utilă publicarea de faţă, care face obiectul a trei cazuri de **nodozităţi reumatismale la copil,** cazuri observate şi studiate în clinica infantilă din spitalul de copii, în cursul anilor 1941 şi 1942, şi ale căror foi de observaţiuni clinică le redăm pe scurt precum urmează :

OBSERVAŢIUNEA Nr. 1.

Bolnava Alexandrna Drăgănescu, în vârstă de 10 ani, se internează la 11 Martie 1941, în serviciul medical din spitalul de copii, pentru:

1). Dureri articulare cu tumefierea articulaţiilor;

2). Stare febrilă şi vărsături.

Antecedente heredo-colaterale.

Mama moartă de tuberculoză pulmonară. Tatăl sănătos. Are 4 fraţi sănătoşi.

Antecedente personale.

A suferit de pojar, difterie şi scarlatină.

Istoricul maladiei.

Bolnavă de 2 săptămâni. Durerile au apărut la început în articulaţia tibiotarsiană dreaptă care a început să se umfle. Apoi rând pe rând s'au prins toate articulaţiile dela membrele superioare, cât şi dela cele inferioare. Medicaţia prescrisă de medicii ce o vizitează nu-i produce ameliorare, fapt pentru care se internează în spital.

Starea prezentă.

Copila bine desvoltată, Tegumentele şi mucoasele uşor palide. Ţesutul celular subcutanat bine desvoltat. Deasemenea cel muşcular şi osos. Discreţă polimicroadenopathie generalizată.

Prezintă tumefacţia articulaţiilor metacarpofalangiene la ambele mâini, îndeosebi la cea stângă cu dureri la palpare sau când se încearcă mişcările normale în aceste articulaţii. Articulaţiile genuchilor mărite de volum cu şoc rotulian de ambele părţi. Tumefacţii dureroase în articulaţiile picioarelor.

La nivelul tendoanelor flexorilor dela amândouă antebraţe se observă mici nodozităţi mai mari ca bobul de mei. Aceste nodozităţi sunt dure, nedureroase, fixate pe tendoane, făcând corp comun cu acestea, de culoarea albicioasă, văzută prin transparenţa tegumentelor.

Tegumentele mobile la nivelul acestor nodozităţi, fără nici o modificare.

La examenul somatic se constată :

Aparat respirator : normal.

Aparat cardiovascular : Puls 96 pe minut regulat bine bătut. Cord în limitele normale. Suflu sistolic de intensitate mijlocie în regiunea vârfului cu propagarea în axilă şi în spate.

Din partea celorlalte aparate nu se constată nimic anormal.

La 26/IV. **Apar nodozităţi pe tendoanele flexorilor degetelor dela picioare şi cele ale degetelor dela mâini, precum şi pe maleola internă a piciorului stâng de aceiaşi mărime şi cu aceleaşi caractere ca şi cele dela antebraţe.**

La 29/IV. apar mişcări coreice la membrele superioare şi inferioare.

La 1/V. **Apar mici nodozităţi la nivelul articulaţiilor interfalangiene a indexului drept şi stâng, deasemenea la nivelul articulaţiei metacarpofalangiană a inelarului stâng, atingând mărimea unui bob de meiu şi de mazăre.**

Deasemenea pe apofiza spinoasă a celei de-a 5-a vertebră lombară apare o tumefacţiune, o nodozitate de mărimea unui ou de porumbel, moale indoloră.

La 26/V. **Nodozităţile au dispărut.** Deasemenea mişcările coreice.

Afebrilă. Suflul sistolic la cord persistă.

Părăseşte spitalul vindecată cu diagnosticul de :

1). Reumatism poliarticular acut;

2). Insuficienţă mitrală;

3). Choree;

4). **Nodozităţi reumatismale (nodozităţi Meynet).**

La 3/VI. După 5 zile copila este internată din nou în spital pentru o recidivă a choreei şi a nodozităţilor reumatismale.

De data aceasta apar nodozităţi pe lângă cele din regiunile afectate la prima atingere şi în regiunea occipitală în număr destul de mare şi de mărimi variabile mergând până la dimensiunea unui bob mare de fasole.

După 33 de zile de hospitalizare părăseşte spitalul vindecată de Choree şi cu

dispariţia (rezorbţia) tuturor nodozităţilor, rezultat obţinut sub influenţa tratamentului cu salicilat de sodiu asociat cu antipirină în doze crescânde şi descrescânde.

In timpul primei şi celei de a doua hospitalizări, se urmăreşte viteza de sedimentare la 4—5 zile interval; ea variază între 55 mm. c., pe oră la intrare în spital şi 7 mm. la eşire.

Reacţia Wasserman în sânge şi lichidul cefalo-rachidian: negativă.

Fig. 1

Numărătoarea de globule albe şi formulă leucocitură: normală.

Radioscopie pulmonară: normală.

Se face o biopsie, nodul extirpat de pe tendoanele flexorilor antebraţului stâng, al cărui examen histopatologic lucrat la Institutul Cantacuzino (Buletin Nr. 3783 din 20.V.941) dă următorul rezultat:

Fragmentele trimise sunt formate din ţesut conjuctiv adult în parte byalinizat şi din ţesut celular adipos, infiltrate în mod difuz sau nodular cu mononucleare.

Pe alocurea se găsesc zone formate din fibroblaste şi mononucleare centrate de capilare de neoformaţie.

OBSERVAŢIA Nr. 2.

Fetiţa Georgeta Munteanu în vârstă de 5,½ ani, bolnavă de 4 săptămâni este internată în Serviciul medical din spitalul de copii, la 21.I.941, pentru:

1. Dureri articulare;
2. Uşoară stare febrilă.

Antecedente heredo-colaterale şi personale, fără importanţă.

Din istoricul maladiei pentru care fetiţa este internată în spital, reiese că bolnava prezintă primele dureri în articulaţia genunchiului stâng cu patru săptămâni înainte, că după aceea s'a prins şi articulaţia coxofemorală dreaptă, fapt ce determină internarea în spital.

Stare prezentă. Copila debilă cu tegumentele şi mucoasele uşor palide. Ţesutul celulo-adipos mediocru desvoltat. Deasemenea ţesutul celulo-adipos, ţesutul muscular şi osos. Polimicroadenopathie generalizată. Puls regulat 80 pe minut.

Aparat respirator: normal.

Aparat cardio-vascular. Cord în limite normale. Primul sgomot **uşor suflant la vârf.**

Ficatul şi splina în limitele normale.

Aparat digestiv. Abdomen suplu, nedureros, apetit normal, nu varsă, scaune normale.

Aparat uro-genital: lojile renale libere. Urini normale.

Sistem nervos. Pupilele egale, reacţionează la lumină şi distanţă. Reflexele osteo-tendinoase normale. **Se aplică ca tratament medicaţie salicilică.**

La 4/II. In regiunea sprâncenoasă dreaptă către unghiul intern al ochiului şi pe linia mediană **a apărut o tumoretă, un nodul de mărimea unui bob de fasole, care pare să aibă aderenţe la os, nedureroasă şi fără modificări la nivelul tegumentelor** (Fig. 1 şi 2).

Fig. 2

La 11/III. Nodulul este mai mare, de dimensiunea unei alune şi nu se poate mobiliza pe planurile profunde. Nici o modificare a tegumentelor. Nodulul este dur fără fluctuenţă.

La 15/III. Părăseşte spitalul cu nodulul în aceiaşi stare ca şi la 11/III.

In schimb la cord în regiunea vârfului se percepe uşor suflu sistolic cu propagare în axilă şi spate. Durerile articulare dispărute.

Examene de laborator.

Viteza de sedimentare, variază dela 125 mm. c. pe oră la 160 mm. c. pe oră.

Reacţia Widal: negativă.

Numărul globulelor albe: 3,400.

Numărul globulelor roşii 3,280,000.

Reacţia Wassermann şi Meinicke în sânge: negativă.

Radiografie craniană regiunea frontală: normală.

Diagnostic clinic: Reumatism poliarticular subacut. Insuficienţă mitrală. **Nodozitate reumatismală.**

OBSERVAŢIA Nr. 3.

Bolnavul Niculae Hristu, în vârstă de 16 ani, se internează la 21.II.1942, în Serviciul medical, spitalul de copii, pentru:

1). Tumefierea articulaţiilor genunchilor, a articulaţiilor cotului drept şi stâng.
2). Deformări ale degetelor dela mâini.
3). Dureri la nivelul acestor articulaţii.
4) Febră şi dispnee de efort.

Antecedente heredo-colaterale: nimic de reţinut.

Antecedente personale: a avut 3 pusseuri de reumatism articular în 1936, în 1939 şi în Ianuarie 1942, când a fost internat pentru 10 zile tot în serviciul medical, spitalul de copii, — cu diagnosticul de Reumatism poliarticular acut, maladie mitrală, insuficienţă aortică, şi hyposistolie.

Istoric. Pusseul actual datează de o lună de zile. S'au tumefiat articulaţiile genunchilor şi articulaţiile coatelor, cu dureri în aceste articulaţii. Prezenta greutate în respiraţie, după orice efort. Se internează în spital.

Starea prezentă. Copil de talie mijlocie, cu tesutul celulo-adipos şi muscular mediocru desvoltat. Ţesutul osos cu deformaţiunile degetelor dela mâni şi tumefierea articulaţiilor. Micropoliadenopatie generalizată.

Febril 38°. Uşor dyspneic, 30 respiraţii pe minut.

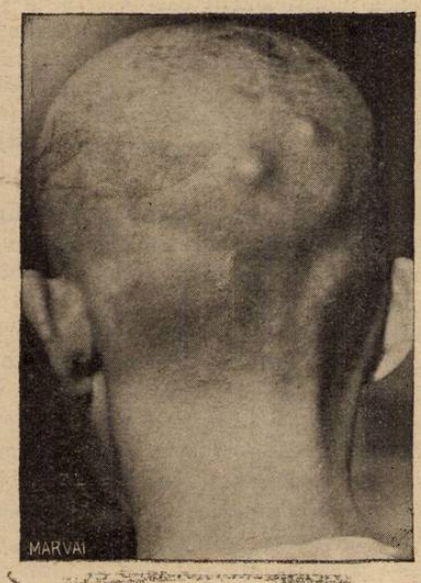


Fig. 3

Aparat respirator: normal.

Aparat cardio-vascular. Matitatea cardiacă depăşeşte cu un lat de deget marginea dreaptă a sternului. Vârful cordului bate în al 5-lea spaţiu intercostal stâng, puţin în afara liniei mamelonare. **Suflu sistolic,** puternic la vârf cu propagare în axilă şi spate. **Suflu diastolic** în focarul de ascultaţie al aortei. Dedublarea celui de-al 2-lea sgomot în focarul de ascultaţie al pulmonarei.

Noua etapă a terapeuticei sulfamidate

THIAZOMIDE

2090-R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI

Intrebuințarea Thiazomidei reduce numărul sulfamido-intoleranților și permite tratamente de scurtă durată cu posologii mai ridicate.

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.
Doza inițială zilnică: 4 la 8 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • VIIIe

Propaganda Medicală „SPECIA" Str. Anastasie Simu, 6 — București (III)

IN LUPTA CONTRA INFECŢIUNILOR

PARAGEN

Antibacterian, antitoxic, mărind rezistenţa

INDICAŢIUNI:

Reumatism infecţios, în special reumatismul articular acut, stările reumatoide acute şi cronice exacerbante.

Stările septice, terapia adjuvantă a infecţiunilor toxice, ca difteria, scarlatina ş. a.

Bolile allergice.

Cutii cu 1, 3, 5 şi 50 fiole a 2 cmc

»Behringwerke« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanţa generală pentru România:
Romigefa S. A. R., Bucureşti, Strada Brezoianu No. 53

Puls 120 pe minut.

Ficat. Matitatea hepatică depăşeşte cu 2 laturi de deget rebordul falselor coaste.

Splina. Nu se percută.

Aparat digestiv. Abdomen suplu — nedureros. Apetit diminuat. Scaune normale.

Aparat uro-genital. Lojile renale libere. Urini în cantitate mai redusă.

Sistem nervos. Pupilele egale, reacţionează la lumină şi distanţă. Reflexele osteotendinoase normale.

In regiunea occipitală se văd şi se palpează sub piele patru nodozităţi de mărimea unor alune de consistenţă dură, nedureroase, cari sunt aderente la os. Pielea capului la acest nivel, normală. (Fig. No. 3).

Bolnavul este pus la tratament cu salicilat de sodiu per os, împreună cu medicaţie digitalinică pentru asistolie şi metyl salicilic local pentru articulaţiile afectate.

La 28/II. **Apar numeroase nodozităţi de mărime diferită dela un bob de mei la aceea a unui bob de fasole, pe spinele omoplaţilor, pe apofizele spinoase vertebrale, pe clavicule şi tecile flexorilor la membrele inferioare.** Toate aceste nodozităţi sunt dure, unele ruleazâ sub piele, altele fac corp comun cu tendoanele sau planurile osoase şi fără nici o modificare la nivelul tegumentelor. Ca număr se găsesc aproximativ cam 200—250.

Examene de laborator.

Radioscopia cordului: **cordul mărit global.**

Radioscopia pulmonară: stază hilară. Parenchim liber.

Hemogramă: Eritrocite 3.220.000 anisocitoză uşoară. Hemoglobină 64% Sahli. Numărul globulelor albe 9000.

Form. luecocitară 48% neutrofile; 6% acidofile; 1% bazofile; 36% limfocite; 9% monocite.

Sediment urinar: normal.

Viteza de sedimentare variază dela 60 mm. c. pe oră la 50 — 42 — 30 mm. c. pe oră.

Biopsia. Se extirpă un nodul din regiunea occipitală.

Examenul hysto-pathologic executat la prosectura spitalului (Dra. Dr. Stefu) cu Buletinul Nr. 12.445 din 26 Martie a. c., dă următorul rezultat:

Nodulul, este alcătuit din ţesut conjunctiv adult dens şi hyalinizat Zone de necroză cu resturi nucleare. Infiltraţie difuză şi nodulară cu hystiocite, leucocite polimorfe, mai rar eosinofile. Ici, colo, celule gigante. Vase cu pereţii mult îngroşaţi.

Coloraţie Gram: nu se văd microbi.

Coloraţie Ziehl-Ncelsen: Nu sunt bacili acido-alcolo-rezistenţi.

Diagnostic hystopatologic. **Nodul Meynet.**

La 1/IV. **copilul părăseşte serviciul cu rezorbţia tuturor nodulilor şi vindecat de pusseul articular al reumatismului şi reducerea insuficienţei cardiace.**

După cum se vede foarte bine din descrierea clinică a celor 3 cazuri studiate de noi şi din celelalte din literatura străină, nodozităţile reumatismale au drept caracter principal sediul în ţesutul celular subcutan. Nu aderă la piele, aceasta păstrându-şi aspectul aspectul său normal, dar uneori aderă de planurile profunde făcând corp cu tendoanele, cu ţesutul fibros sau cu ţesutul osos. Foarte adeseori nodozităţile sunt vizibile. Alte ori se recunosc la palpare şi atunci avem senzaţia unor mici tumori rotunjite, sferice sau ovalare, uneori discoide de consistenţă variabilă. Foarte rar sunt moi. De obiceiu sunt de consistenţă dură, fermă, dând senzaţia de ţesut fibros dens sau chiar cartilaginos (Robert Debré şi Uhry).

Mărimea, lor este variabilă dela un bob de meiu până la o nucă mare, având impresia că avem de a face cu o tumoră.

Numărul lor variază dela un singur

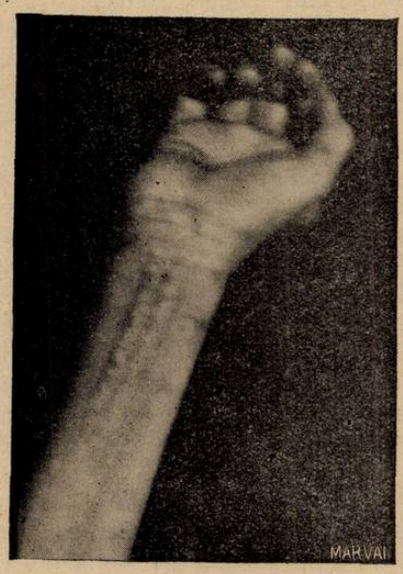


Fig. 4

element până la 10—12 şi chiar mai multe putând ajunge la 200—250, aşa cum se poate constata şi din ultimul nostru caz. Unul din caracterele lor de seamă este acela de a nu fi durercase şi de a nu aduce nici un fel de vătămare sau alteraţiune în învelişul cutan.

Din descrierea clinică se poate observa că localizarea lor este foarte variabilă. Se găsesc în deosebi pe tendoane, făcând corp cu acestea, pe bolta craniană pe parietali şi occiput dealungul apofiselor vertebrale, la nivelul omoplaţilor şi în vecinătatea articulaţiilor.

Când examinăm clinicește un copil cu reumatism poliarticular sau choree este recomandabil să se treacă cu mâna dealungul coloanei vertebrale pe craniu şi pe omoplaţi pentru a căuta nodulii reumatici ai lui Meynet.

Autorii Anglo-Saxoni le acordă o mare valoare diagnostică, susţinând că ar apărea odată cu prima criză reumatică.

Nu se poate susţine această afirmaţie, deoarece sunt cazuri ca şi la cele ale noastre, de altfel, când aceste nodozităţi au apărut la al 2-lea şi al 3-lea pusseu reumatismal.

Autorii germani îi numesc **noduli tendinoşi,** dându-le o valoare egală cu nodulii reumatismali din miocardite sau leziuni profunde, deşi structura lor n'ar fi identică.

Se susţine de cei mai mulţi dintre autori că această manifestare a reumatismului la copil sub formă de noduli subcutani, spre deosebire de adult, se însoţeşte de complicaţiuni serioase cardiace: leziuni orificiale, pericardite, miocardite, şi turburări de conductibilitate.

Un singur autor Novar Juan Carlos, susţine că nodulii nu au valoare prognostică, ci numai diagnostică, deoarece un'cul caz studiat de acest autor nu prezenta alte leziuni decât nodulii.

Uneori se găsesc alături de manifestările articulare şi cardiace, Choree — întocmai ca la cazurile noastre (Observaţia Nr. 1).

Evoluţia, nodozităţilor reumatismale se poate face în trei feluri:

1. Evoluţia rapidă în 2—3 zile;
2. Evoluţie lentă în câteva săptămâni;
3. Aceste 2 forme pot coexista sau se pot succeda.

Evoluţia este în general de 3—4 luni. Pot evolua în crize, apar şi dispar la un interval de timp pentru a reapărea iarăşi. Când nodulii aderă la planurile profunde şi au conexiune cu periostul, atunci evoluţia este mai lungă, ajungând la rezorbţie complectă, aşa după cum s'a constatat şi în cazurile noastre. (Observaţia Nr. 1 şi Nr. 3).

Structură. Macroscopic. Nodozităţile reumatismale au o asemănare văditâ cu nodulii lui Aschoff, cu leziunile de Endocardită lentă (M. Letulle şi F. Bezançon).

Nodozitatea (nodulul) prezintă în centru o substanţă omogenă fibrinoasă cu o bogată reţea capilară, înconjurată de o capsulă.

La periferia nodulilor se găsesc multe fibre elastice, iar mai spre interior celule gigante de tipul celulelor lui Sternberg. Se găsesc şi focare de necroză. In nodulii recenţi leucocitele sunt foarte rare. Mai târziu se găsesc, în mare număr ca semn al unei modificări tardive, necrotice sau de ramolire care va deveni o induraţie hyalină sau calcificată.

Leichtentritt a reuşit să cultive de 3 ori din nodulii reumatici streptococul viridans. Odată cultura a rămas sterilă, iar altă dată a găsit diplococi. Coste şi Bayer au găsit într'un caz coci cari semănau cu enterococul.

Plecând dela ideia că bacilii de tuber-

culoză şi pseudotuberculoşi sunt frecvenţi la reumatici. R. Debré şi Uhry au făcut numeroase însămânţări pe diferite medii aerobe şi anaerobe, pe mediul lui Löwenstein şi culturile au rămas sterile.

Diagnostic diferenţial, se face cu:

1. **Nodozităţile lui Féréol**, nodozităţi trecătoare care se întâlnesc la arthritici şi cari apar pe frunte evoluând în 24 de ore şi seamănă mai ales cu un oedem local.

2. **Nodulii sifilitici sau cu unele mici gome sifilitice periaticulare**, în perioada de cruditate. Ele se întâlnesc mai des la adult, evoluează spre ramolisment şi avem în vedere antecedente şi reacţiunile de laborator. (Reacţiunea Wassermann, Meinicke, etc.)

3. **Nodozităţile lui Heberden.** Sunt formaţiuni osteofitice care pot fi însoţite de poliarthrită simetrică şi progresivă. Sunt noduli simetrici care se desvoltă uneori lateral de o mică deviaţie a extremităţilor degetelor.

Survin la femeile cu menopauză.

4. **Nodozităţile lui Bouchard.** Sunt formaţiuni osoase localizate pe faţa dorsală a articulaţiei falango-falangiene.

5. **Nodozităţile lui Gravitz.** Sunt formaţiuni osiforme în jurul articulaţiilor.

Se mai constată adeseori calcifieri subcutanate dând noduli de consistenţă dură de mărimea unei alice sau a unui bob de mazăre. Ele se observă în legătură cu reumatismul cronic şi în legătură cu anumite profesiuni.

6. **Nodozităţile cutanate**, dureroase, eritematoase care survin în endocardita lentă malignă pe care Osler într'o comunicare din 1905, le identifică cu nodozităţile reumatismale. Tot el rectifică ceva mai târziu această afirmaţie.

Valoarea semeiologică a nodozităţilor reumatismale (nodulii lui Meynet) este mare; nodulii lui Meynet formează elementul caracteristic al reumatismului acut, fie că întovărăşeşte criza poliarticulară tip că sau o formă frustă a maladiei realizând astfel după cum spune Leichtentritt, **«forma vizuală»** a maladiei.

Eckstein observând la un copil de 11 ani nodozităţi reumatice, copil a cărui mamă şi bunică au avut asemenea formaţiuni nodulare, trage concluzia că ar putea fi vorba şi de anumite predispoziţiuni familiare.

In ceeace priveşte **tratamentul** se poate afirma că nodozităţile reumatismale, dispar în urma tratamentului intens cu salicilat de sodiu.

Cu tot acest tratament, uneori pot persista vreme extrem de indelungată prin induraţia hyalină sau prin calcificare.

CLIMATOTERAPIA IN TRATAMENTUL TUBERCULOZEI OSTEO-ARTICULARE

de AT. IANÀŞ

Frequentă în vârsta copilăriei, tuberculoza osteo-articulară ajunge la maximum între 3 şi 10 ani, apoi frequenţa ei scade uşor în adolescenţă, pentru a diminua mult la adult. Cazurile observate la aceştia, sunt în parte redeşteptări de focare din copilărie. Dar un mic procent îşi are debutul în însăşi vârsta adultă.

Din punct de vedere fizio-patologic, tuberculoza osteo-articulară se încadrează obicinuit în tuberculozele secundare. Este acelaş complex primar care domină producerea focarului tuberculozei osteo-articulară. Din focarul primitiv pulmonar (şancru de inoculare) şi mai ales din ganglionii hiliari sateliţi, infecţia tuberculoasă se transmite pe cale hemo-limfatică şi în special pe cale hematică, în regiuni cu o vascularizaţie abundentă şi circulaţie lentă, producându-se emolii microbiene, ce însemnează debutul procesului de formare a tuberculozei osoase. Aceste manifestări fizic-patologice, premergătoare fenomenelor clinice locale, succed fixării bacilului Koch la nivelul plămânilor şi ganglionilor trachecbronchici şi unei bacilemii cu acelaş germene care în afară de fenomenele pulmonare se manifestă printr'o stare de intoxicare generală. Mai mult decât atât, această stare este expresia unei sensibilizări generale la bacilul Koch.

Hemocultura pe mediul Löwenstein este de regulă pozitivă. După o durată variabilă de mai multe săptămâni, dacă rezistenţa organismului a învins virulenţa microbiană, fenomenele generale cedează încetul cu încetul, temperatura scade în jurul lui 37°. Starea de caşexie diminuă în intensitate şi chiar dispare. Pe măsură ce timpul trece, semne de localizare se precizează. Localizarea osteo-articulară este, cum am spus, cea mai frequentă. De o parte avem deaface cu o infecţie generală, iar de altă parte, o fixare o procesului, la un nivel osos dat. Din punct de vedere fizio-patologic, este vorba de o «alterare» a terenului în general şi de un proces evolutiv local. Procesul local urmează o evoluţie în strânsă dependinţă de stare generală. In formele obicinuite şi supuse unui tratament adequat, osteo-artrita tuberculoasă urmează o evoluţie ciclică, care se caracterizează prin: fază de debut sau mai exact de desvoltare, fază de stare sau de plină evoluţie şi fază regresiune şi cicatrizare. Anatomo-patologic corespunde: însemânţare şi formare de tuberculi, caze ficare, destrucţie şi în fine reconstrucţie parţială şi scleroză. Durata în regulă generală, la copil, este pentru fiecare fază de un an. Aceasta pentru localizările profunde şi mari: Morbul lui Pott, coxalgie, tumoare albă a genunchiului. Celelalte localizări au o evoluţie de obiceiu ceva mai scurtă. Mai adăogăm, cu cât copilul este mai mic cu atât şi durata boalei este mai scurtă. Copilul are în sine facultatea de reparare mult mai accentuată decât adultul. Se poate spune că adesea are chiar facultatea de regenerare a ţesuturilor, sub forma lor primitivă. Pentru a obţine o evoluţie favorabilă a afecţiunii, trebuie aplicat atât un tratament general cât şi unul local. In privinţa tratamentului general, după nenumăratele încercări medicamentoase, s'a ajuns la concluzia că trebuiesc folosite toate mijloacele de stimulare, de întărire a organismului, a terenului. In afară de câteva medicamente, ca de exemplu iodul, calciul, vitaminele şi în special produsele opoterapice care ajută la stimularea digestiei, climatoterapia este de cea mai mare importanţă. Şi este uşor de înţeles aceasta.

Biologic vorbind, un organism în funcţiune nu se poate concepe ca unitate singură, izolată, ci în strânsă dependinţă de mediu. Forma nu defineşte decât aparent organismul, ea nu constitue decât frontiere inperfecte şi labile. Organismul în funcţiune este pătruns de infinite forme de energie, venite din mediul înconjurător; de altă parte organismul însuşi, prin variate procese energetice, iradiază asupra mediului alte varietăţi de energie. Astfel un organism în funcţiune se concepe — cum au arătat biologii — ca simbol: organism + mediu. Planul desvoltării arhitectonice vii este rezultatul unor proprietăţi ce se pot desvolta normal, sau să rămână virtuale. Depinde de factorii mediului, favorabili sau nu.

Terenul unui tuberculos osteo-articular, am spus, este alterat în funcţiunea sa. Dar el posedă în sine potenţialitate de redresare. In special la copil, atunci când starea de infecţie tuberculoasă nu este prea gravă, există o capacitate de reconstrucţie adesea uimitoare. Şi aceasta sub influenţa factorilor din afară, ai mediului, ai climatului. Graţie proprietăţii de «iritabilitate» a celulei vii, factorii clima-

Sanatoriul maritim Bugaz Director Dr. AT. IANAŞ

Pentru tratamentul rapid al gonoreei

ELEUDRON

p-aminobenzolsulfonamidothiazol

Eficacitate perfectă în orice stadiu al gonoreei

Procent de vindecări foarte mare după
un tratament de numai 2 zile
cu un total de 10 gr.

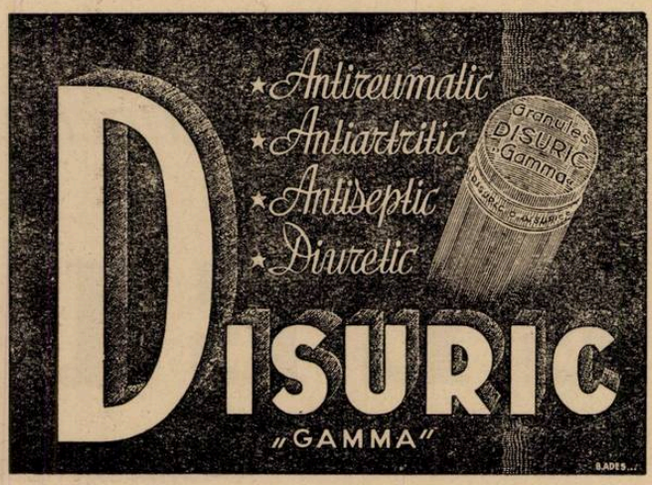
Toleranță perfectă

Eficacitate foarte mare și împotriva infecțiunilor
cu stafilococi, pneumococi și meningococi.

Tuburi cu 20 de tablete a 0,5 gr.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eșantioane și literatură prin reprezentanța generală pentru România: „ROMIGEFA" S. A. R. București I
Str. Brezoianu 53, Telefon : 3-92-86.



OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale, sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru injecții intramusculare, o fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3 pe zi.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel. : 5.51.51

tici pot exercita asupra sistemelor celulare o acțiune de redresare și optimă desvoltare. Depinde de armonizarea, prin efort biologic, a elementelor simbolului: organism + mediu sau organism + climat.

Deaceea este bine ca înainte de a indica ce anume climat convine tuberculosului osteo-articular, să expunem unele date mai importante din caracteristicele climatice.

Factorii fizici și chimici ai climatului, asupra cărora s'a insistat atâta până acum, nu par a trebui înțeleși în sensul exact, în care au fost expuși. Concepția statistică a meteoro-climatologiei lui Angot, Dawy, Marie, care considera elementele climatului aproape fără legătură între ele, s'a schimbat prin lucrările școalei din Bergen, mai ales a lui Rudder, Bjeknes și Solberg. Climatologia a devenit astfel dinamică. «Complexul meteorologic» care se rezolvă în «mase de aer», denumite astfel de Schinze, apare acum ca cheia climatului. E vorba de mase de aer în mișcare, pornite din diverse regiuni ale globului, mai ales dela poli și tropice și care iau caractere speciale și multiple, ce permit identificarea originei lor. S'a văzut că trecerea de mase de aer este generatoare de accidente patologice, în raport cu diversele lor tipuri, adică cu originea. S'a constatat că mai ales «fronturile» lor, adică suprafețele de discontinuitate, sunt acelea care imprimă caracteristicele acestor manifestări atmosferice. Se notează fronturi reci și fronturi calde, cu diverse varietăți de intensitate. Influența fronturilor reci se traduce printr'o scădere a presiunii barometrice, o recrudescență a descărcărilor electromagnetice cunoscute în radiofonie sub numele de «paraziți»; al doilea, adică frontul cald se traduce prin manifestări inverse; unul și altul printr'o rotație a vânturilor și prin condensări noroase sau precipitări.

Cu privire la modul de acțiune al fronturilor, cercetări interesante au fost făcute de Rudder, Löffler, Fritsche, Petersen etc. Acesta din urmă care a studiat un mare număr de fapte clinice, a ajuns la concluzia că trecerii frontului rece îi corespunde unele reacții caracterizate prin: vasoconstricția periferică cu creșterea presiunii sanguine, hiperglicemie și alcaloză relativă cu diminearea cantității de acid carbonic din sânge. Trecerea unui front cald se traduce prin reacții inverse, care se rezumă în: catabolism oxidații. In legătură cu fronturile sau discontinuitățile de aer, se notează modificări în formula sanguină, vîscozitate, viteza circulației sanguine. Goween constată încă, la trecerea aerului rece: multiplicarea eritrocitelor cu granulații bazofile și a reticulocitelor. După gradul de intensitate al acestor modificări se constată efecte de ordin fiziologic ori de ordin patologic. Meteoro-sensibilitatea recunoaște diverse orgini: adesea o fragilitate vasculară; alteori răspunde unei stări apropiată de anafilaxie. Cum se explică, aceste modificări fizio-patologice? Kuze, Flach, Schliephake invoacă fenomene electrice, variații de potențial, schimbări în ionizația atmosferică, perturbări electro-magnetice, aducend după sine producerea de unde scurte sau ultra-scurte. Harms și Ott se întreabă dacă nu trebuie să incriminăm finele vibrații de aer. Flack admite modificări ale «aerosolului», adică ale ansamblului mai mult sau mai puțin omogen și stabil, a elementelor gazoase, lichide și solide din atmosferă.

Cu privire la ionizarea atmosferei, dsigur că ea are mare importanță, dar experimentările n'au fost prea concludente, întrucât ionizarea artificială lucrează cu un număr de ioni mult mai mare decât în natură. Sunt însă câteva fapte bine stabilite: Ionizarea pozitivă ridicând cronaxia nervilor motori și sensitivi și pragul iritabilității, diminuă sensibilitatea nervoasă, în timp ce ionizarea negativă scăzând pragul iritabilității, duce la un efect contrar. Ionizarea pozitivă este tonică și sedativă, cea negativă este depresivă. Variațiile prea brusce, în sensul hipernegativității produc efecte congestive. Sunt variații în ionizarea aerului în localități identice din alte puncte de vedere care au influențe diferite asupra organismului. In total climatul acționează prin complexul de care am vorbit. Dar întrucît printre factorii climatici de multă vreme s'a insistat asupra helioterapiei, vom da câteva explicații în privința acțiunii acesteia. Pornind dela faptul studiului «coup de soleil», cu observarea fenomenelor de ordin general, umoral, și de ordin leziunal cutanat, înlănțuirea modificărilor biologice, ar fi următoarea: iradațiile solare cu întreaga lor gamă, dar în special U. V., radiațile chimice, determină modificări fizico-chimice în celulele epidermice. Produsele acestora, absorbite de sistemul lacunar și vascular capilar, sunt devărsate în circulația sanguină și limfatică. Dacă aceste produse sunt în cantitate mare, ele determină un veritabil șoc proteinic, urmările obicinuite ale acestuia. Când acțiunea este de mică intensitate și gradat dozată, ea determină modificări de natură fiziologică, stimulentă asupra întregului organism. Modificările sanguine observate după «coup de soleil», precum și după cura helioterapică administrată rațional, demonstrează echivalența acțiunii helioterapiei cu aceea a proteino-terapiei.

Dar mai este încă o acțiune cu totul de ordin fizic, în legătură cu însăși vibrația radiațiilor solare, este *rezonanța* pe care o determină asupra țesuturilor vii. Rezonanța are ca urmare o stimulare a activității celulare. Aceasta din punct de vedere general. Din punct de vedere local este o acțiune hiperemiantă prin jocul vasomotorilor. Favorabilă de cele mai multe ori asupra unui proces tuberculos osos vechi, ea grăbește cicatrizarea fistulilor, atunci când nu există un obstacol mecanic, un sequestru. Ajută mai ales la resorbția exudatelor vechi. Cu privire la cicatrizare, ac' intervine atât acțiunea locală cât și cea generală, eutrofică. Efectele helioterapiei apar mai evidente în climate, unde puritatea aerului și condițiile înconjurătoare determină bogăția mai mare în U. V a acestor iradiații. In climatul maritim și în climatul de altitudine s'au notat cele mai bune efecte. Repetăm însă, că nu trebuie socotit acest element independent, ci întreg complexul climatic.

Deosebim în plus un complex climatic de vară și unul de iarnă, caracterizate, primul prin ampla contribuție a factorului radiant solar, mult mai activ în timp ce masele de aer în mișcare sunt mai active în timpul iernei. De altfel și în vară masele de aer în mișcare, care iau acum mai mult forma de palpitații aeriene au o importanță deosebită, făcând ca acțiunea U. V. și a iradațiilor solare în general să fie mai ușor suportată. S'a discutat înainte vreme (Pach, 1925) despre antagonismul infra-roșilor, de ultra-violete. Aceasta însă are mai mult importanță teoretică, care cade dacă admitem explicația adoptată de noi în privința acțiunii fiziologice a radiațiilor solare.

De altfel legea lui Steuhan arată că bogăția radiațiilor solare în ultra-violete este în raport cu bogăția în infraroșii și această bogăție ajunge maximum când soarele este la zenit.

In terapeutica tuberculozei osteo-articulare, de multă vreme s'a arătta necesitatea stimulări funcțiunilor organismului în general. Ca în toate maladiile cronice și în tuberculoza osteoarticulară, microb și organism constituiesc o simbioză, mai mult sau mai puțin stabilă. Cu cât stabilitatea este mai mare, cu atât lupta noastră pentru desfacerea acestei simbioze este mai dificilă. Deaceea vom căuta să precizăm atitudinea și mijloacele de

luptă pentru ca modificările umorale şi tisulare în raport cu bacilul lui Koch. să diminuie cât mai puţin, pentru a se ajunge la normalizare. In scopul acesta se impune administrarea climatică după anumite norme şi după fazele evolutive ale boalei.

1. In faza de bacilemie, când hemocultura este aproape constant pozitivă se recomandă menţinerea bolnavului într'un climat indiferent sau un climat «de crutare», până la altitudinea de 500—500 metri. Aci, cu un tratament simptomatic apropiat, se aşteaptă localizarea procesului. Transplantarea bolnavului într'un climat stimulent, găsind organismul într'un echilibru cu totul instabil, va face ca aceasta să nu poată rezista aclimatizării la altitudine sau la mare şi starea sa se va agravà.

2. Când faza aceasta a trecut, când temperatura a scăzut în jurul lui 37°—37,5°, şi mai jos, când fenomenele de localizare se precizează clinic, este momentul de a ne întreba, în ce climat să administrăm tratamentul? Sunt unii partizani ai climatului de altitudine (Rollier, Bernand, Putti şi alţii), dar cei mai mulţi sunt pentru climatul maritim. In linii generale, climatul maritim este mai stimulent, mai viu decât cel din altitudine. Deaceea, organismele fragile, copii sub 3 ani vor fi trataţi în mediul de altitudine. Deasemeni şi bolnavii care de curând au avut o pleurezie sero-fibrincasă sau altă determinare pulmonară. Pentru climatul maritim sunt indicaţi bolnavii în special a căror maladie evoluiază torpid, «la rece».

Adaptarea la un climat dat, reprezintă un efort din partea organismului. pentru a se pune în acord cu dinamica mediului exterior.Z adică cu climatul. Travaliul necesar adaptării este suportat de toate ţesuturile şi atunci când nu întrece capacităţile virtuale ale lor, determină o ameliorare funcţională a organismului. Efortul de adaptare este în general mai important pentru climatul maritim decât pentru cel de altitudine.

Indată ce s'a hotărât regimul climatic, tratamentul local trebuie instituit imediat. Un aparat gipsat aplicat într'o coxalgie dureroasă, în evoluţie are o valoare foarte mare în ameliorarea mersului boalei. Somnul revine, apetitul încetul cu încetul se restabileşte. După cură în acest climat de mai multe luni, starea generală se îmbunătăţeşte, local afecţiunea evoluiază în marea majoritate a cazurilor în mod favorabil. Dacă există abcese, prin simple puncţii evacuatoare repetate se ajută la uscarea lor. In privinţa fistulelor evoluţia lor depinde de cauză: cele superficiale şi cele care nu sunt în dependenţă de un sequestru, cu timpul îşi diminuă secreţia şi apoi se închid. Pentru uşurarea acestui proces de cicatrizare, adesea este necesar a interveni operator. O lărgire şi curetajul traectelor fistulcase, cu extirparea ţesutului de muguri edematoşi şi a canalului fibro-scleros care există, face ca această cicatrizare să fie grăbită. Se adaogă apoi cura heliomarină realizabilă pentru 4—5 luni, ori cura de altitudine realizabilă 5—6 luni. In climatele acestea prin faptul ameliorării stării generale, intervenţiile necesare, atât focale cât şi extra-focale sunt suportate mai bine. Cu o tehnică îngrijită, şocul operator aproape nu există, iar evoluţia post-operatorie este simplă. Deaceea climato-chirurgia concepută în felul acesta, dă rezultatele cele mai bune. Dar după un timp de mai multe luni, climatul îşi epuizează efectele şi devine indiferent pentru organism. Am arătat aceasta, în studii anterioare. Modificările sanguine iau sfârşit după 5—6 săptămâni de cură climatică, dar ameliorarea generală continuă un timp dublu sau triplu. De multă vreme Rollier a insistat asupra schimbării climatului, iar mai recent Putti, Vaccheli şi apoi Paltrinieri, precum şi alţii, stăruiesc asupra alternării climatice în tuberculoza osteo-articulară. Rezultatele s'au arătat a fi foarte bune. Dar ceeace constituie dificultatea realizării este modul de transportare a bolnavului, problemă care sperăm a se rezolva în curând.

După expunerea acestor generalităţi, dăm câteva norme de conduită terapeutică climatică.

1. *La copil.* După trecerea fazei de bacilemie este indicat a se face tratamentul în climat maritim, iar în anumite cazuri, de sensibilitate pleuro-pulmonară, în climatul de altitudine. După 4—5 luni este de recomandat a se schimba climatul. Dacă o intervenţie operatorie devine necesară, e preferabil a se face aceasta după cura climatică. Deasemeni o cură climatică post-operatorie este foarte indicată. Dar după 4—6 luni bolnavul poate fi readus în climatul său obicinuit şi tratat mai departe aci. Dacă este posibil, o cură de altitudine, de 4—5 luni este foarte bine venită. Tot ciclul evolutiv de 2—3 ani, de osteo-artrită tuberculoasă, se petrece în această variaţie climatică, ţinând seama ca tratamntul ortopedic să fie aplicat cu strictete. Vara 4—5 luni la mare sau munte şi iarna în climatul de origine. Acest ritm climatic este indicat într'atât întrucît evoluţia clinică este favorabilă. Când un bolnav se simte bine şi boala sa evoluiază favorabil, va fi menţinut în acel climat până la vindecare. Sunt unele elemente: aspectul clinic, greutatea, temperatura, imaginea radiologică, care ne dau indicaţii suficiente, în aprecierea evoluţiei procesului osteo-articular. Când e vorba de tratamentul complicaţiilor active (fistule, paraplegii, etc.) se va continua tratamentul în climat maritim sau de altitudine şi numai în cazuri speciale se va alterna, ţinând seama că aci intervine în mare măsură technica chirurgicală.

Cât despre complicaţiile ortopedice: anchiloze în poziţii vicioase pseudartroze intra sau extra articulare, retracţii tendinoase, etc. tratamentul lor se poate face în centre ortopedico-chirurgicale, climatul neavând importanţă mare în aceste cazuri.

2. *La adult.* In ceea ce priveşte adultul am spus că modul de producere al localizării osteo-articulare poate fi datorit a două cauze: în primul rând prin redeşteptarea unui proces tuberculos care a debutat în copilărie şi care nu s'a vindecat complect; în al doilea rând, printr'o infecţie pe cale hemolimfatică, pornind dela ganglionii tracheo-bronchici sau o leziune pleuro-pulmonară. Atât debutul cât şi evoluţia localizării osteo-articulară la adult ese mai puţin sgomotoasă decât la copil. Simptomele clinice nu sunt aşa de accentuate: tumefacţia puţin importantă, durerea deasemeni. Aceasta îşi are explicaţia în faptul că ţesuturile adultului, fiind mai puţin vascularizate, nu sunt aşa de prielnice desvoltării bacilului lui Koch. De altă parte procesul de reparaţie se instalează foarte târziu, foarte încet şi adesea lipseşte complect. Incă o notă interesantă este concomitenţa leziunilor pulmonare active, mai frecventă decât la copil. Pe când la acesta găsim un procent de 5%, la adult procentul trece de 10%.

Deaceea e necesar ca după un minuţios examen pulmonar, adultul prezentând odată cu localizarea tuberculoasă osteo-articulară, cât de mici semne de leziuni pulmonare în activitate, să fie tratat la început în climat de altitudine. După o cură de 4—5 luni la altitudine de cca. 1.000 m. se poate readuce în climatul de origină.

Dacă bolnavul nu prezintă nici o leziune pulmonară, activă, sau bănuială de activitate, va urma cura de climat maritim. La fel, după 4—5 luni poate fi adus în climatul de origină pentru a petrece iarna şi apoi în vara următoare din nou transportat într'un climat

Creştere considerabilă a globulelor roşii, hemoglobinei şi greutăţii corporale prin Artose.

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

EUPHORYL
DERMATOSE
PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI
CUTANATE
INTOXICAŢIUNI
3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE
Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.
LABORATOIRES "ANA", 18, AVᵉ DAUMESNIL. P
Euphoryl
infantil
(GRANULE SOLUBILE)
TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ
POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă
LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL. PARIS
ANA
PARIS
hirudinase
(DRAGELE)
DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI
INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORRE
Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare
Creiat şi experimentat în spitalele din Paris
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL — PA
COEFICIENTUL DE FIXARE a Salicilatului ANA asupra fibrei cardiace : 170 %
Salicylat de Na
Salicylat ANA
150
100
50
0
Salicylate
SURACTIVE
"ANA"
SALICILAT DE SODIU
în combinaţie
CALCO-MAGNESIANĂ
TIOSULFATAT
32 gr.
SALICILAT de SODIU
SUPRAACTIVAT
SOLUŢIE
1 2 linguriţe de cafea sau 20 de picături = 1 gr. Salicilat = de sodiu supr.
INJECŢIUNI INTRAVENOASE
10 cc. = 1 gr. de Salicilat de sodiu supraactivat
Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare
Reumatism — ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE
LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL. PARIS. XIIᵉ

Mostre gratuite la cerere

MEDIROM S. A. R. Bucureşti IV — Str. Olari 23. Telefon 2.39.46.

stimulent. Când este posibil de a se face alternanţă climatică rezultatele sunt mai bune.

Ceeace joacă un rol foarte important în evoluţia favorabilă a osteo-artritelor tuberculoase est continuitatea în tratamentul ortopedic şi chirurgical. Cura climatică nu ne dispensează întru nimic de îngrijirile locale, indicate de stadiul boalei.

Reiese deci că climato-chirurgia reprezintă asociaţia terapeutică raţională în osteo-artritele tuberculoase; prima adresându-se terenului, iar cea de a doua afecţiunii locale.

Criza în auroterapia tuberculozei pulmonare

de Dr. ION GOLOGAN

Entuziasmul ridicat acum 5—10 ani de valoarea terapeutică a sărurilor de aur, a fost de scurtă durată. Auroterapia se întrebuinţează din ce în ce mai puţin, rari ftiziologi, fie dela noi, fie din străinătate, neîndurându-se să renunţe la această metodă terapeutică, mai ales că posibilităţile de tratament activ în tuberculoza pulmonară, continuă încă şi în prezent a fi destul de reduse.

Ni s'a părut necesară o revizuire generală a problemei şi o analiză succintă a faptelor cari pledează pro şi contra acestei atitudini, pentru a se putea trage învăţăminte în viitor.

Ştim că punctul de plecare al utilizării sărurilor de aur în tratamentul tuberculozei a fost o observaţie a lui Koch, care a constatat că un amestec de cianură şi aur este capabil de a exercita o acţiune inhibitoare foarte intensă asupra culturilor, împiedecând desvoltarea bacilului Koch şi aceasta într'o diluţie foarte mare, 1—2 dintr'un milion, dar tot Koch adaogă că această substanţă este lipsită de acţiune curativă când se injectează la animalul tuberculos. Primele încercări de utilizare terapeutică se datoresc lui Brück şi Gluck, cari în anul 1913 au publicat rezultatele lor favorabile obţinute cu o cianură de aur, în câteva cazuri de lupus sau tuberculoză extra-pulmonară. Feldt în 1917, utilizează cu succes un nou preparat, Krysolgan; dar sărurile de aur nu intră activ în terapeutica tuberculozei pulmonare decât din anul 1924, când Möllgard introduce o altă sare de aur, Sanocrisina, (Thiosulfat dublu de aur şi sodiu), publicând şi rezultatele sale, experimentale şi clinice. Din nefericire aceste date, (influenţa inhibitoare a sanocrisinei asupra culturilor de B. K.; vindecările obţinute la viţei, capre, maimuţe, în cazuri de tuberculoză experimentală, precum şi impresionante vindecări clinice obţinute în câteva cazuri de tuberculoză pulmonară la om) deşi confirmate de unii autori (Madsen şi Merch), au fost negate de alţii, (Calmete Boutet şi Négre, Rist, Bang, etc.).

Valoarea terapeutică a sărurilor de aur s'a evidenţiat însă mai bine prin observaţia clinică a bolnavilor, — Würtzen utilizând date statistice constată că mortalitatea este mult mai scăzută la cei trataţi cu săruri de aur, iar ameliorările mult mai frecvente, decât la cei netrataţi. Leon Bernard utilizând metoda comparativă, pe cazuri analoage şi puse în condiţiuni identice a constatat influenţa foarte favorabilă a sărurilor de aur asupra puseurilor evolutive şi a ajuns la concluzia că acţiunea terapeutică a sărurilor de aur nu poate fi pusă la îndoială. In acelaş sens pledează şi lucrările lui: Sayè, Dumarest, Mollard, Valtis, Capuani, etc. La noi în ţară, d-nii Prof. Popovici, General Dr, Bălănescu, Danielo, Veber, etc. au susţinut acelaş punct de vedere prin lucrări bine documentate.

Toţi aceşti autori sunt, sau mai bine zis, erau de acord a recunoaşte influenţa binefăcătoare a chrisoterapiei asupra: curbei termice, greutăţei, modificărilor ascultătorii şi ale imaginilor radiologice, asupra dispariţiei bacililor din expectoraţie.

Dar nu numai observaţia clinică, dar şi alte teste de apreciere: formula sanghină, reticulocitoza, viteza de sedimentare, pledau pentru acţiunea favorabilă a acestei terapeutici, atât de discutate.

Valoarea metodei a fost desbătută şi recunoscută, în parte, cu ocazia diferitelor congrese medicale; congresul internaţional de tuberculoză dela Haga (1932), congresul naţional de tuberculoză (1935), etc.;

Cu toate efectele binefăcătoare recunoscute, sărurile de aur se întrebuinţează totuşi, din ce în ce pe o scară mai redusă.

Cauza acestei delăsări se poate explica -în afară de complicaţiile imputabile acestei metode şi prin faptul că multe din problemele legate de auroterapie au rămas până în prezent nerezolvate.

Modul de acţiune al sărurilor de aur a rămas încă nelămurit. Se ştie azi precis că ele nu au nici o acţiune specifică asupra bac. Koch, aşa cum susţine Möllgard. După Feldt aurul s'ar comporta în organismul infectat asemenea unui agent catalizator, care accelerează procesul de apărare cu condiţia ca acesta să existe; aurul s'ar acumula în ţesuturile bolnave, stimulându-le reacţiunile litice. Capuani condiţionează acţiunea sărurilor de aur după modul de reacţiune al sistemului reticulo-endotelial, în raport cu dozele.

Jacquerod crede că aurul injectat se depune în ţesutul pulmonar la oarecare distanţă de leziune, producând prin abstracţia mecanică a limfaticelor şi capilarelor sanghine, un efect de baraj, asemănător efectului unor leziuni benigne de pneumoconioze, cu efect favorabil. Când se forţează dozele, nu numai că aurul depăşeşte inutil câmpul pulmonar, dar el vine în contact direct cu focarele tuberculoase, provocând fenomene reacţionale asemănătoare reacţiunilor la tuberculină.

Necunoaşterea precisă a **modului de acţiune al auroterapiei** are marele inconvenient de a mări dificultatea precizării indicaţiunilor în raport cu diferitele forme şi starea diferitelor organe (ficat, rinichi) precum şi aceia de a face foarte dificilă prevederea rezultatului în raport cu reacţiunea individuală.

Dificultatea aprecierii rezultatului. In afară de impresia clinică favorabilă ce se degaje din urmărirea mai mult sau mai puţin obiectivă a nenumărate cazuri, comparaţia făcută între cazurile tratate cu săruri de aur şi altele netratate, are deasemenea o importanţă considerabilă. Or, cercetările lui Leon Bernard, sau ale lui Clarck în Anglia, făcute în acest senz, au pledat pentru acţiunea favorabilă a sărurilor de aur. Aprecierea rezultatului de la caz la caz este însă uneori greu de făcut. In afară de inconstanţa acestor rezultate (forme aurosensibile şi forme auro-rezistente), foarte mulţi autori consideră remisiunea puseurilor evolutive după tratament, drept o evoluţie favorabilă spontană, atât de des întâlnită în cursul evoluţiei tuberculozei pulmonare, unde curiozitatea evoluţiei puseurilor e bine cunoscută.

Dar cauza neînţelegerii asupra interpretării rezultatelor rezidă şi în modul deosebit de apreciere al cercetărilor, cei mai mulţi pretinzând pentru aprecierea valorii tratamentului, o vindecare clinică, iar alţii mulţumindu-se cu influenţa pe care chrisotera-

pia o are pare-se în mod constant, asupra unora din simptomele importante: febra, slăbirea, expectoraţia, etc.

Accidentele din cursul auroterapiei au constituit deasemenea o dificultate ce trebuia rezolvată de partizanii metodei. Din nefericire a rămas încă nelămurit mecanismul acestor accidente, cu gravul inconvenient de a nu putea fi deci prevăzute. Au fost considerate la început ca rezultatul acţiunei directe a aurului asupra B. K. cu punerea în libertate a toxinelor litice; apoi ca expresiunea unei intoxicaţii banale prin săruri de aur, ce ar determina leziuni organice importante în diferite organe, (rinichi, ficat, etc.); deasemenea au fost luate drept fenomene de sensibilizare faţă de aur, invocându-se bruschetea aparţiei, sau a dispariţiei accidentelor survenite de multe ori fără urme.

Probabil că toate aceste ipoteze să conţină o parte de adevăr, iar acţiunea lor de multe ori să fie comună. Toţi autorii sunt însă de acord a semnala importanţa acestor accidente, dar şi inutilitatea lor, deoarece această acţiune toxică nu are nici o valoare curativă sau protectoare şi trebueşte evitată cu orice preţ.

Trebue să recunoaştem că aceste accidente au devenit acum rare, dacă nu excepţionale. Aceasta constitue, desigur, un câştig de cauză pentru metodă. Părăsindu-se întrebuinţarea dozelor mari, s'a trecut la doze mici al căror ritm a fost condiţionat de modul de reacţiune al bolnavului; tratamentul a fost individualizat. Pe de altă parte ţinându se seamă de chimio-tropismul acestor săruri, s'au pus în valcare noi teste de apreciere a turburărilor organice hepato-renale ca: proba galactozurei provocate, modificată de d-nii Gl. Dr. Bălănescu şi Oeriu, cilindruria precoce şi intermitentă. formula sanghină, etc., înainte ca funcţionarea lor să fie grav compromisă. Considerându-se apoi că aceste accidente ar putea fi în legătură cu preparatul însuşi sau cu calea de introdus în organism, s'a renunţat de către majoritatea autorilor la aplicarea lor intravenoasă, preferindu-se mai mult preparatele în suspensie uleioase: Solganalul B. uleios, Oleosanocrisina, Myocrisina sau chiar suspensie apoasă; (Tisor), care permit o rezorbţie mai lentă diminuând riscul accidentelor.

Şcoala Românească reuşeşte să pună în aplicare două noui săruri de aur: Rodalor-ul (D. Prof. Niţescu) şi Tisor-ul (d. Gl. Dr. Bălănescu şi Dr. Oeriu), preparate care s'au dovedit cu toxicitate foarte redusă şi perfect tolerabile.

Experienţa noastră personală se referă la un număr de 164 cazuri de tuberculoză pulmonară, tratate ambulatoriu cu diferite săruri de aur (Sanocrisina, Lopion, Lipaurol, Solganal şi Tisor), la Dispensarul Central pentru profilaxia tuberculozei al C. A. S., în perioada dela 1934 la 1939. Am exclus din acest studiu bolnavii cari au primit o cantitate mai mică de 2 gr. săruri de aur).

In 97 cazuri, am întrebuinţat Sanocrisina, în următoarele forme de tuberculoză :

Forme fibro cazeoase, ulcero-cazeoase, infiltrate, unilaterale sau bilaterale, cu stare generală mediocră. (39 de cazuri). S'a obţinut 8 ameliorări cari au privit mai mult atenuarea simptomelor renale: tendinţă la normalizarea curbei termice, ameliorarea subiectivă, sau modificarea expectoraţiei, etc.). Restul de 31 cazuri cuprinde stări ne-influenţate şi cari au evoluat.

Forme infiltrative, limitate, ne-excavate, relativ recente. (35 cazuri), în care s'a obţinut: în 8 cazuri rezultate foarte favorabile constând în rezorbţia însemnată a imaginilor patologice cu ameliorare evidentă a semnelor fizice şi generale. In 9 cazuri, rezultatele au fost mai puţin evidente. In 18 cazuri nu s'a obţinut nici o influenţare a mersului bolii care a continuat să evolueze.

Forme fibroase sau fibro-nodulare stabilizate (12 cazuri) cu stare generală relativ bună, la care nu s'a obţinut nici un fel de modificare clinică sau radiologică.

Adenopatii hilare (4 cazuri). S'a obţinut la toate rezultate remarcabile constând în clarificarea regiunei peri. hilare, cu diminuarea ariei hilare şi ameliorarea evidentă a stării generale.

In 7 cazuri auroterapia a fost aplicată împreună cu pneumotoraxul artificial, când acesta părea ineficace sau existau şi leziuni de partea opusă. Rezultatele favorabile sunt greu de atribuit exclusiv uneia din metode, mai ales că acolo unde pneumotoraxul nu a putut fi eficace, sărurile de aur nu au avut un efect evident.

Accidentele în număr de 10 au interesat mai mult formele avansate şi au constat în: hemoptizii (3 cazuri), colită disenteriformă (1 caz); albuminurii (3 cazuri) şi exantem pruriginos (3 cazuri).

Celelalte 67 de cazuri au fost tratate: 36 bolnavi cu Lipaurol, 18 cu Lopion şi 13 cu Tisor. Rezultatele au fost sensibil asemănătoare cu cele tratate cu Sanocrisină. Menţionăm buna toleranţă pe care am obţinut-o cu preparatul Tisor.

Deşi valoarea unei statistici făcute numai în raport cu evoluţia boalei, este redusă, fiind lipsită de elementul comparativ, ea prezintă totuşi interesul de a ne scoate în evidenţă formele anatomo clinice cele mai influenţabile de tratament, şi precizează astfel indicaţiile metodei.

Atât din experienţa noastră personală, cât şi din aceia care se degajă din literatura universală, reese că sărurile de aur ar avea o influenţă favorabilă, evidentă în cazurile recente limitate, cu caracter exudativ; deasemenea puseurile evolutive ale formelor fibro-cazeoase banale, precum şi formele ganglio-pulmonare ale copilăriei, sunt favorabil influenţate cu condiţia ca tratamentul să fie individualizat după forma sărei de aur, doză, calea de administrat, precum şi durata tratamentului. Individualizarea trebue să se refere şi la stricta indicaţie a cazurilor şi nicidecum să se aplice metoda «în serie». Deasemenea se va avea în vedere urmărirea în deaproape dela caz la caz a funcţiunilor hepato-renale şi a modificărilor sanguine.

Criza prin care trece actualmente auro-terapia este datorită nerezolvării încă a problemelor importante privitoare la modul ei de acţiune, mecanismul accidentelor, prin contradicţiile pe teren experimental precum şi prin dificultatea interpretării rezultatelor şi variabilitatea lor. Experienţa clinică ne arată totuşi că această metodă nu este lipsită de oarecare valoare terapeutică.

Sărurile de aur nu vindecă deci tuberculoza; auroterapia prin ea însăşi nu constitue o terapeutică independentă şi sigură a tuberculozei pulmonare, dar ea poate fi utilizată cu mult succes ca medicaţie auxiliară a metodelor colapso-terapice, a curei sanatoriale şi higieno-dietetice. In această calitate trebue menţinută în arsenalul terapeutic, chiar dacă prin aplicarea ei nu s'ar obţine după cum zice Jacquerod, de cât înmulţirea cazurilor de vindecare spontană.

Antalgine

DURERI POSTOPERATORII
CEFALEE POSTRACHIANESTEZICE
DURERI FULGURANTE TABETICE
DUPĂ PUNCȚIILE LOMBARE
DURERI TALAMICE
NEVRALGII CRIPTOGENETICE

COOPERATIVA UZINELE SANITARE
„Paulescu-Gerota-Şumuleanu"
Calea Griviței 67. Telef. 4.98 08

Meno și Metroragii

Epifizormon

EXTRACT HIDROSOLUBIL DIN GLANDA PINEALA

Fiole A 1.1 c.c = 10 ctgr. extract

PENTRU INJECȚIUNI SUBCUTANE ȘI INTRAMUSCULARE

Coperativa Uzinelor Sanitare „Paulescu — Gerota — Şumuleanu" Calea Griviței 67. Tele. 4.98.08

Tratamentul rapid al pneumoniei cu Eleudron

de Medic Maior Dr. A. VARTIC

Sulfamidele — cunoscute de mult în terapeutică cu rezultate foarte bune asupra infecţiilor acute pulmonare (pneumonie, broncho-pneumonie etc.), au determinat pe toţi autorii să fie de acord că evoluţia acestor maladii sunt jugulate imediat cu administrarea sulfamidelor, obţinându-se o vindecare rapidă şi radicală.

Dintre preparatele sulfamidice întrebuinţate, ne raportăm la Eleudron-Bayer, — care pare să fie cel mai eficace, cel mai bun şi lipsit complet de toxicitate.

Administrat chiar în doze mari, 5—6 5—6 tablete pe zi, — nu s'a observat nici un semn de intoleranţă la bolnavi, dând astfel posibilitatea medicilor, ca în clientela particulară să administreze Eleudronul cu multă uşurinţă, cu siguranţă şi fără nici un risc.

Rezultatele excelente obţinute cu acest preparat mă îndreptăţesc să public mai jos 3 cazuri de pneumonie privind 3 soldaţi internaţi în Spitalul de garnizoană Tulciu—Transnistria.

Toţi 3 aveau o stare generală rea — alarmantă, fiind toţi internaţi de către medicul unităţii ca suspecţi de tifos exantematic.

Obs. I. — Sold. Ion C. ctg. 941 din Bat. 9 Vânători Munte intră în Spit. la 27. XII.941 cu diagnosticul de tifos exantematic. Stare generală foarte rea.

28.XII. Weil-Felix=negativ.

29.XII. Diagnosticul=pneumonie dr. totală cu fenomene hipertonice.

Se administrează Eleudron — 6 compr. pe zi.

30.XII. Seara — t° 36⁴, menţinându-se normală până la eşirea bolnavului din spital.

In mai puţin de 48 ore s'a putut obţine reducerea completă a temperaturei precum şi a fenomenelor stetacustice pulmonare, căci bolnavul nu mai prezenta nimic supraadăugat pulmonar în 31.XII.

Obs. II. — Sold. Secheli Ioan ctg. 1934 din Reg. 13 Călăraşi intră în spital pe ziua de 1.XII.941 cu stare generală foarte rea, astenic, cefalee puternică, 39⁵, junghiu puternic hemitorax drept.

Maladia a debutat în 11 Dec., brusc, ceeace a făcut pe medic să-l interneze ca suspect de tifos exantematic, îndreptăţit de existenţa acestei epidemii în regiune.

13.XII. Weil-Felix=negativ.

14.XII. Diagnostic=pneumonie dreaptă ocupând în întregime pulmonul drept.

Se prescriu 6 compr. Eleudron pentruca în

15.XII seara temperatura să scadă la 36⁵.

A 3-a zi se suprimă Eleudron-ul, starea bolnavului fiind perfectă, iar pulmonar nimic supraadăugat.

In 48 ore, şi cu doze mici de Eleudron — 3 gr. pe zi — s'a obţinut vindecarea.

Obs. III. — Sold. Petrică Ştefan ctg. 1941 din Esc. 6 Pionerі intră în Spit. pe ziua de 7.II.942 cu tifos exantematic.

9.II. Weil-Felix=negativ.

10.II diagnostic = pneumonie totală dreaptă.

Starea bolnavului foarte gravă.

Se prescrie 6 compr. Eleudron pe zi, pentru ca în ziua de 11.II. seara t° 36⁴, menţinându-se apoi la normal.

12.II pulmonar se mai percepe suflul tubar în regiunea paravertebrală dreaptă şi se continuă cu 6 compr. de Eleudron, pentru ca în

13.II. se suprimă această medicaţie, bolnavul intrând în convalescenţă nemai prezentând nici un simptom subiectiv sau obiectiv.

De remarcat că cu o doză relativ mică de Eleudron — 3 gr. pe zi — rezultatele terapeutice obţinute au fost uimitoare şi rapide, căci în 2—3 zile bolnavul a revenit la normal.

Medicamentul suportat bine de bolnavi, nu s'a observat vre-o intoleranţă sau vre-un accident.

Faţă de aceste rezultate insistăm asupra tratamentului cu Eleudron a pneumoniilor — bronchopneumoniilor, fiind un tratament sigur, uşor de aplicat, de scurtă durată şi foarte eftin.

Prin vindecarea şi redresarea imediată a organismului, ferim bolnavul dela multele complicaţiuni ce se iveau cu vechiul tratament ajutător.

Faţă de aceste rezultate concludente M. A. N. să pună la dispoziţia tuturor formaţiunilor sanitare, până la infirmerii de corp chiar, acest medicament care:

a) Scuteşte spitalizarea, evacuarea dela micile unităţi, deci o întreagă serie de formalităţi.

c) Chiar spitalizat, reduce numărul de zile, evită complicaţiunile şi bolnavul este redat în scurt timp unităţii sale.

BIBLIOGRAFII

TURBURĂRILE DE RITM ALE INIMII DE DR. EMIL VICIU

In literaturile străine au apărut în anii din urmă multe tratate de electrocardiografice. In literatura medicală românească nu avem încă un tratat care să înfăţişeze întreaga problemă a electrocardiografiei. Această îndelungată lipsă a fost complectată prin lucrarae de faţă, concepută sub controlul celui mai autentic spirit ştiinţific şi care cuprinde în întregime orizontul atât de întins şi plin de subtilităţi clinice şi fizio-patologice al aritmiilor inimii.

D. *Dr. Emil Viciu* a condus mai mulţi ani Laboratorul de rlectricardiografice al Clinicii Medicale T din Cluj. Din primii ani ai activităţii sale a fost preocupat de ideia redactării unui tratat elementar de electrocardiografie. Această dorinţă a fost trezită de utilitatea tot mai frecventă a metodei elrctrocardiografice în practica de toate zilele. Technica şi ştiinţi electrocardiografică a devenit indispensabilă în clinică, — dar tot aşa de necesară s'a dovedit şi pentru medicul practician, care tratează aproape zilnic suferinzi de inmă. Medicul practician trebue să se obicinuiască cu citirea şi cu interpretarea electrocardiogramelor.

Electrocardiografia — ştiinţă tânără — este astăzi diosebit de desvoltată şi destul de concisă pentru a putea fi întrebuinţată în practica zilnică. Azi nu se poate trata un cardiac fără cunoaşterea şi interpretarea aritmiilor. Azi nu se poate aprecia sindromul anginei de piept, nici funcţiunea circulaţiei coronarelor, fără electrocardiografie.

Lucrarea a depăşit cu mult cadrul unui tratat elementar, ceiace este justificat prin faptul că în aritmiile inimii, mai mult decât în oricare alt domeniu clinic, amănuntul — clinic şi electrocardiografic — are de multe ori o valoare capitală de diagnostic şi prognostic. Ori, valoarea principală a acestei lucrări constă tocmai în faptul că urmăreşte semnificaţia clinică a aritmiilor, interpretarea clinică a traseelor electrocardiografice.

D. *Dr. Emil Viciu* prin această carte ne dă un admirabil tratat de electrocardiografie, accesibil prin împărţirea materiei şi claritatea prezentării tuturor medicilor cari voesc să se iniţieze în această metodă.

Cartea d-lui *Dr. Emil Viciu* apare la timp. Fiind rezultatul unei munci şi al unei îndelungi experienţe, ea reprezintă o lucrare ştiinţifică de valoare — şi mai ales foarte utilă medicinii româneşti.

In turburări cardio-vasculare

Preparate cu Theobromină Dr. Wander

sub formă de drageuri

AGATHEOSAN	—	**Theobromină-Acid feniletilbarb.-Trinitină.**
CALCIUMTHEOSAN	—	**Theobromină-Calciu**
COFFOTHEOSAN	—	**Theobromină Cafeină-Scilla**
JODCALCIUMTHEOSAN	—	**Theobromină-Calciu-Jod**
JODPAPAVERINTHEOSAN	—	**Theobromină-Papaverină-Jod**
PAPAVERINTHEOSAN	—	**Theobromină-Papaverină**

Pentru prepararea laptelui Calcic

CALCILACTIN

„Sapic"

TABLETE

CALCILACTIN I

Calcium lacticum
Amyl. oryzae

Alimentaţie suplimentară şi medicală pentru sugari dispeptici şi diareici.

CALCILACTIN II

Calcium lacticum
Amyl. maidis
Amyl. oryzae
Zahăr

Alimentaţie suplimentară pentru sugari constipaţi. Alimentaţie de durată ideală pentru sugari.

Mostre şi literatură trimite la cerere

Dr. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietetice,
Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

următoarele domenii de întrebuin-
e, medicul are la dispoziția sa în

amillen-Spuman

(Spuman cum Chamomilla)

terapeutic de un efect curativ,
onunțat intens și rapid.

1 CA TERAPEUTIC VAGINAL ÎNSĂȘI

In tratamentul leucoreei hotărât constituționale, la vulvovaginită, eroziuni ale colului, ragade pe vulvă și vagin, colpită senilă.

2 PENTRU A FAVORIZA VINDECAREA LA ORICE TERAPIE VAGINALĂ MEDICAMENTOASĂ, PRECUM ȘI PENTRU TRATAMENTUL INTERMEDIAR ȘI FINAL

3 CA DESODORANT VAGINAL

In deosebi la leucoree carcinomatoasă, la lochii fetide în lehuzie.

INTREBUINȚARE

In general se va introduce la 2 zile 1 bujiu, numai în cazuri rebele zilnic un bujiu.

Modul de întrebuințare, simplu și curat ale bujiurilor de Spuman, dă medicului garanția că prescrierile sale vor fi urmate de pacientă întocmai și cu plăcere.

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
STR. SF. IONICĂ, 8 — BUCUREȘTI, I

Narcoza cu Evipan-Na în chirurgia de război *)

de Dr. I. DANICICO, Dr. M. COPĂCEANU şi Dr. H. BARLE

Trebue să facem totul ca să atenuăm suferinţa răniţilor de război, spunea într'o şedinţă a Academiei Franceze de chirurgie, preşedintele ei, profesorul *Chevassu*.

Noi, în Spitalul din Craiovita, cu sosirea primului transport de răniţi, la 5 Oct. 1941, ne-am dat seama numai decât, că răniţii de război constitue un material de bolnavi aparte. Trecuţi din focul câmpului de bătaie, sistemul lor nervos a încercat cea mai mare probă pe care o poate încerca o fiinţă omenească. In aceste împrejurări, dacă în primul spital, unde este evacuat rănitul, el acceptă orice, numai să-i fie salvată viaţa, pe măsură ce el e evacuat mai la interior, nu mai e capabil să accepte noi intervenţii, oricât de utile i-ar fi, fiindcă, la proba depe câmpul de bătaie, se mai adaugă şi proba sălilor de operaţie. In această din urmă situaţie am primit şi noi, primul nostru transport de răniţi la 5 Oct. 1941: Cei mai mulţi din răniţii noştrii au cunoscut 3—5 spitale până să ajungă la noi.

A fost de ajuns să putem convinge pe unul din ei să se supună unei intervenţii sub narcoză cu Evipan, pentru ca apoi rând pe rând să accepte beneficiile acestei narcoze. In felul acesta noi, în Spitalul din Oraviţa, am putut să executăm 63 diverse operaţii pe răniţi iar colaboratorul nostru Doctorul *Copăceanu* să execute 29 operaţii pe răniţi din Spitalul Z. I. 127 Bacău.

Doctorul Copăceanu ne spune că, din observaţia D-sale rezultă că, în foarte multe spitale această narcoză este necunoscută, sau în orice caz nu se bucură de încrederea pe care o merită.

Experienţa noastră cu Evipan datează din anul 1937, când am introdus în serviciul nostru acest narcotic. La început şi noi am ales cazurile, administrând narcoza cu Evipan acolo unde alte anestezii nu se potriveau, sau erau greu de executat; mai apoi am indicat acest fel de anestezie aproape în toate cazurile, cari o doreau. In felul acesta noi numărăm 607 anestezii generale cu Evipan. Dăm un tablou rezumativ al intervenţiilor executate sub narcoză cu Evipan.

Din acest tablou reese că noi am întrebuinţat Evipan-ul în cele mai variate domenii ale chirurgiei: extremitatea cefalică şi cu deosebire chirurgia maxilo-facială cari singure numără 100 narcoze cu Evipan, domeniul otorinolaringologiei cu 35 cazuri; torace; abdomen; organele urogenitale şi extremităţile.

Technica noastră a fost cea mai simplă posibilă. Şi anume:

Prepararea cu morfină: nu o administrăm decât în cazurile în cari bănuim că operaţia va fi mai lungă, opiaceele în general având o acţiune ad-

INTERVENŢIA	Răniţi de război	Civili	Total	OBSERVAŢIUNI
Curăţire şi sutură în plăgi proaspete	—	3	3	
Control în plăgi vechi, cu extirpare de corpi străini (eschile, schije etc)	13	5	18	
Plastii Halsted-Davis	3	1	4	
Plastii pediculate	—	8	8	
Simpatectomie lombară	—	1	1	Combinată cu anestezie regională.
Ligaturi de vase	1	2	3	
Rezecţii de vase	1	2	3	
Biopsii	—	7	7	
Repunere de fractură în oasele feţei	—	2	2	
Trepanaţii exploratoare în fractura bolţii	—	2	2	
Extracţii dentare în pulpite şi cu deosebire în periodontite şi rădăcini gangrenoase multiple (până la 17)	13	60	73	
Incizii de abcese şi flegmoane de origină dentară, eschilectomii	5	17	22	
Diatermocoagulari în carbuncul al buzelor	—	1	1	
Cură radicală în neoplasmul buzei inf.	—	3	3	
Rezecţie de maxilar superior pt. sarcom, cu ligatura prealabilă a carotidei externe	—	1	1	
Diatermocoagulare de cruste	—	5	5	Cocainizare prealabilă.
Paranteză otică	—	5	5	
Evidare petromastoidiană	—	4	4	
Amigdalectomii bilaterale	—	1	1	
Deschidere de abces amigdalian	—	7	7	
Frenicectomie	—	—	2	
Abcese şi flegmoane cervicale, incizii	—	8	8	
Tiroidectomie subtotală	—	2	2	
Rezecţii de coaste pt. osteomielită după plagă împuşcată	1	—	1	
Toracotomie cu rezecţie de coastă pt. empiem pleural	1	—	1	
Mastită supurată incizie	—	4	4	
Cură radicală Halsted pr. neoplasmul mamelei	—	3	3	
Laparotomie exploratoare	1	5	6	
Rezecţie gastrică pentru ulcer	—	5	5	ntr'un caz complectarea anesteziei rachidiene, în 4 cazuri a celei locale.
G. E. B. pentru stenoză pilorică	—	1	1	
Cholecistectomii	—	4	4	In două cazuri complectând anestezia regională.
Apendicectomii	—	99	99	In 19 cazuri combinată cu anestezia locală.
Cură radicală pentru hernie	—	8	8	In 3 cazuri complectând anestezia locală.
Cură radicală pentru hemoroizi	—	8	8	
Lombotomie exploratoare cu secţiunea punţii în rinichi în potcoavă	—	1	1	
Nefrectomie pt. diverse afecţiuni	—	4	4	In 2 cazuri complectând anestezia regională.
Lombotomie pt. abces pararenal	—	5	5	
Circumcizie în fimoză	1	3	4	
Epididimectomie pt. epididimită bacilară	1	2	3	
Cură radicală Winkelmann în hidrocel	—	2	2	
Uretrotomie externă pentru calcul	—	1	1	
Rezecţie în plastie de uretră în stricturi infransisabile	—	1	1	
Emasculaţie totală pentru neoplasm al penisului	—	1	1	
Deschidere pe cale perineală de abces prostatic	—	1	1	
Prostatectomie transvezicală pentru hipertrofie de prostată	—	2	2	
Raclaje pentru resturi placentare, metrită hemoragică şi metrită polipoasă	—	47	47	
Intreruperea sarcinei indicaţie medicală	—	9	9	
Colpotomie pentru abces în Douglas	—	10	10	
Abces al glandei Bartholini	—	2	2	
Histerectomie subtotală	—	1	1	Complectând anestezia rachidiană insuficientă,

*) Congresul de chirurgie de război din Iaşi 21 Februarie 1942.

INTERVENŢIA	Răniţi de război	Civili	al	OBSERVAŢIUNI
Anexectomie	—	3	3	
Repoziţii de fracturi, aparate gipsate	—	12	12	
Repoziţii de luxaţii	—	9	9	
Mobilizare de redori articulare	2	—	2	
Amputaţie de braţ	1	—	1	
Amputaţie de degete	15	20	35	
Amputaţie de coapsă	—	8	8	Intr'un caz complectând o anestezie rachidiană insuficientă
Reamputaţie pt. bont vicios	4		4	
Rezecţie de cot pentru artrită supurată sau luxaţie neglijată	1	2	3	
Artrotomie pentru artrită purulentă după plăgi împuşcate	3	—	3	
Evidarea focarului de osteomielită după plăgi împuşcate sau fracturi deschise	4	4	8	
Panariţii, flegmoane ale tecilor, flegmoane ale extremităţilor	21	79	100	
Total	92	10	107	

juvantă pentru Evipan, ca şi în cazurile în cari ne aşteptăm ca după trezire bolnavul să prezinte fenomene de agitaţie, la alcoolici în speţă.

Injecţia cu Evipan, preparat proaspăt, o administrăm imediat înainte de a începe operaţia: injecţia se face observând reacţia bolnavului pus să numere; după 3—4 cm³ şi noi ca şi D. Dr. Chipail, Economu şi Filipescu, am observat apariţia somnului timp, care coincide cu oprirea numerotăţii; 1—2 cm în plus şi bolnavul a trecut în faza de anestezie, când la mulţi bolnavi, dar nu la toţi, se observă şi căderea maxilarului. De aici narcotizorul îşi conduce narcoza, orientându-se după reacţia bolnavului, şi administrând după nevoe, din 5 în 5 minute aproximativ, câte 1—2 cm³ de Evipan. In felul acesta 10 cc. de Evipan în cele mai multe cazuri ne-au ajuns pentru o perioadă de 15—20 minute. Numai la indivizii robuşti, soldaţi în special, ca şi la alcoolici, doze de 10 cc. n'a fost suficientă, şi pentru ca totuşi să obţinem anestezia utilizabilă, a fost nevoe chiar de doză dublă. Peste doza de 30 cc. n'a fost nevoe să trecem niciodată.

Narcotizorul, persoana însărcinată cu injectarea substanţei narcotice, în cazul Evipan-ului, în mod ideal ar fi bine să fie doctor. Or, în împrejurările, în cari am lucrat, a trebuit să ne mulţumim şi cu personal sanitar inferior. Şi spre cinstea lor putem spune, că s'au achitat în modul cel mai corect posibil. A fost suficient să învăţăm personalul nostru cu punctele de reper ale unei bune narcoze şi anume şi în special o respiraţie ritmică regulată, o culoare normală a feţei într'un somn bun, apariţia de mişcări necoordonate a bolnavului la trezire, mişcări cari se simt întâi tocmai la mâna injectată, ca şi asupra pericolului ce-l comportă căderea maxilarului într'un somn profund, pentru ca să obţinem în majoritatea cazurilor foarte bune narcoze.

Iar ca instrumentar, pentru narcoza cu Evipan noi ne-am folosit numai de seringă şi ac, fără a mai intercala goutte à goutte intravenos cu ser fiziologic sau glicozat, o manoperă care complică mult utilizarea Evipan-ului ca narcotic. Dacă totuşi găsim că serul fiziologic sau glicozat este necesar — în anemii, infecţii grave, stări de debilitate hepatică eetc. — administrăm acest ser prin schimb de seringi. Tocmai pentru a putea observa reacţia bolnavului, nu găsim bună nici fixarea mânei, ci ea va trebui să fie susţinută, într'o poziţie comodă atât pentru bolnav, cât şi pentru narcotizor, de acesta din urmă pe o măsuţă alăturată de masa de operaţie. Prezenţa unei persoane care să ţină maxilarul e reclamată de majoritatea autorităţilor. Şi într'adevăr ea nu este de prisos. Totuşi noi credem că în operaţiile de scurtă durată, în acelea în cari nu este nevoe să ajungem la un stadiu în care reflexul maxilarului să fie abolit, stadiul intermediar între somn şi narcoză, nu este absolut nevoe ca maxilarul să fie ţinut, căci numai adâncind narcoza în mod inutil, putem relaxa complect masticatorii.

In cursul operaţii **chirurgul** însuşi va avea semnele lui de reper asupra calităţii narcozei: relaxarea musculară, culoarea sângelui şi calitatea respiraţiei. Colaborarea între chirurg şi narcotizor şi aici e de extremă utilitate.

Cât priveşte **intensitatea narcozei**, noi am ajuns la convingerea, că nici pentru intervenţii abdominale nu este nevoe ca narcoza cu Evipan să atingă stadiul de narcoză profundă, ci este suficient ca narcoza să se menţină într'un stadiu intermediar între stadiu de hipnoză şi stadiul de narcoză profundă, străduindu-ne să o menţinem **cât se poate mai aproape de stadiul** hipnotic. Or, tocmai această subtilitate, care a fost ignorată de majoritatea autorilor, asigură reglabilitatea perfectă a narcozei cu Evipan. De altă parte distrucţia rapidă a Evipan-ului în organism ne permite un spaţiu larg de dozare.

Odată operaţia terminată o bună parte din bolnavi prezintă **stări de agitaţie**. Morfina administrată înainte de narcoza după Soupoult, Duborucher şi Cailleratar ar suprima aceste agitaţii. Noi le-am mai întâlnit şi după acest mod de a proceda. Ni s'a părut în schimb că strichnina în doza de 5—10 mgr., administrată intravenos, imediat după terminarea operaţiei are o influenţă bună asupra trezirei mai rapide a bolnavului şi deci şi asupra agitaţiei inconştiente, care într,un caz al nostru, un măcelar obicinuit cu băutura, a avut proporţii foarte mari, deşi am administrat şi morfină. Coramina, Icoral-ul ar fi chiar superioare strichninei (Menegaux).

Analizând acum cazurile noastre sub raportul **beneficiului pe care l'au tras bolnavii** în urma anesteziei cu Evipan, iată ce am putut noi constata:

Anestezia cu Evipan a înlocuit anestezia prin inhalaţie în foarte multe cazuri de **control al plăgilor**, unde anestezia locală n'ar fi putut fi aplicată.

Avem **73 cazuri de extracţie dentară.** Noi aceste extracţii le facem bolnavul fiind culcat cu capul puţin ridicat. E nevoe şi de ajutor care să prindă rădăcinile la timpul oportun pentru ca ele să nu fie înghiţite. Căci deşi pentru extracţie e suficient să ajungem la starea de somn sau să o depăşim numai cu foarte puţin, în orice caz numai atât ca reflexul faringian (de înghiţire) să nu fie obolit, precauţiunea unui ajutor este recomandabilă.

Flegmoanele dela nivelul gâtului, generatoare de atâtea accidente operatorii, nouă nu ne-au dat cazuri letale nici într'o narcoză cu Evipan.

In domeniul otorinolaringologiei, cu excepţia operaţiilor pe amigdale şi nasofaringe. Evipan-ul încă ne-a dat satisfacţia complectă, în orice caz superioară eterului atât de greu aplicabil.

Dar avantajul Evipan-ului o evidenţiază cu deosebire în cazurile în cari suntem nevoiţi, la cap sau torace, **să aplicăm termocauterul şi mai ales bisteriul electric.** In aceste cazuri el evită o explozie, posibilă în cazul narcozei, prin inhalaţie.

In chirurgia toracică, Evipan-ul s'a consacrat din primele lui momente, el e unul din narcoticele care menajează mai mult pulmonul. Noi n'am avut nici un caz de complicaţie pulmonară după narcoza cu Evipan.

In operaţiile abdominale noi, îndemnaţi de literatură, ne-am ferit multă

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

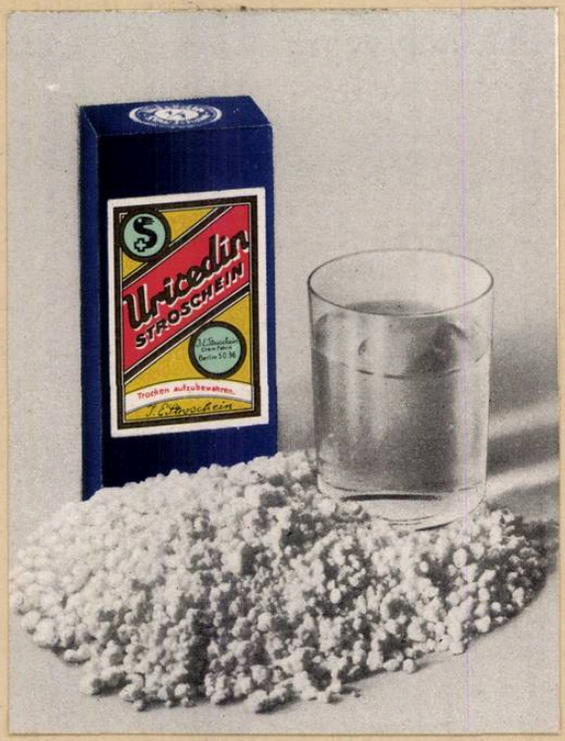
Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**



Cura de primăvară

Pentru inlăturarea congestiunilor și a oboselii, care se manifestă cu predilecție primăvară, este necesar un stimulent cum este „Uricedin", medicament cunoscut de 40 ani, e foarte eficace in combaterea bolilor de metabolism. Radicalul SO_4-ion al Uricedinei mărește secreția intestinală, stimulează peristaltismul și inlătură constipația: prin aceasta inlătură atonia intestinală, care foarte des este cauza bolilor de metabolism. Deci pentru cura de primăvară „Uricedin".

Modul de intrebuințare: Doza depinde de efectul laxativ. In general se va administra de 2-3 ori pe zi o linguriță Uricedin intr'un pahar cu apă, ½ oră inainte sau după masă. Doze mai mari se pot lua fără vre'un inconvenient.

Reprezentanță:
Loew & Co. A. G., Sibiu
Str. Bisericii 11 a.

J.E. Stroschein · Chemische Fabrik · Berlin SO36

NICI TOXICITATE **NICI CAUSTICITATE**

ANTISEPTICUL IDEAL
ORGANO-CLORAT

CHIRURGIA DE RĂZBOI

Plăgi
Gangrene
Infecțiuni

DAKYNOL

Clor și oxigen în stare născândă
Comprimate de 0,25 centigr.

CHIRURGIA DE PACE

GINECOLOGIE - OBSTETRICĂ
LEUCOREE
TOALETA FEMEII
SUPURAȚIUNI
EPIDEMIOLOGIE : boale infecto-contagioase.
APA DE BAUT.

Soluția Carrel-Dakin

Preparată instantaneu, la toate formațiunile, pe front, în spitale, etc.
(12—15 compr. la litru de apă)
Spălătura plăgilor, irigațiuni, gargarisme.
(Prospectul)

„SPEPHAR" M. HOTT, str. Prof. Bogdan No. 2 bis, București.

vreme de Evipan, ca unul care în faza de narcoză nu dă relaxare abdominală suficientă. Este de fapt adevărat că relaxarea abdominală prin Evipan nu poate concura cu cea realizată prin rachianestezie. In schimb narcoza cu Evipan nu este inferioară eterului. Aşa că în ultimul timp am început să întrebuinţăm Evipan-ul şi în operaţiile pe abdomen. Şi suntem convinşi că el, în unele cazuri cel puţin, poate concura şi cu rachianestezia. In orice caz în apendicectomia şi-a cucerit locul şi la noi. Totuşi trebue să atragem atenţiunea colegilor asupra pericolului ce-l prezintă vărsăturile în cazul afecţiunilor abdominale acute (peritonită, ileus): vărsătura, poate duce la asfixie, ca dealtfel cum se întâmplă şi în narcozele prin inhalaţie.

In chirurgia urologică, Evipan-ul îşi găseşte o largă aplicare. Noi n'am găsit decât avantagii prin întrebuinţarea lui ori decâteori se impunea o anestezie. Insfârşit prostaticii şi-au găsit narcoticul care nici să nu le inspire frică, nici să nu le ameninţe arborele respirator cu complicaţii; totul e ca dosajul să fie potrivit şi puterii de distrucţie a ficatului, cât şi sistemului cardio-vascular.

Ginecologia încă şi-a găsit un narcotic comod în Evipan. Din păcate a adus cu sine şi un rău: Evipan-ul face prea nedureroase raclajele şi suprimă chiar şi orice amintire a durerii.

Iată-ne ajunşi la chirurgia membrelor, şi deci într'o oarecare măsură la chirurgia de război.

Aici nu mai este nevoe de narcoză extrem de profundă, ci ajunge una mai superficială. Deci reglabilitatea Evipan-ului aici e şi mai mult asigurată. Ni se va reproşa că pe câmpul de război avem a face cu şocaţi. Foarte adevărat. Dar care anestezie este superioară Evipan-ului în acest caz. Noi, aşa cum o susţine şi Bilbao, credem că Evipan-ul poate fi administrat şi în primele formaţiuni sanitare organizate, chiar şi numai pentru intervenţii mici (imobilizare de fractură repunere de luxaţie, ligatură etc.) Totul e să-l ştim mânui şi cu descobire să-l ştim mânui în dozele cele mai mici posibile, cari să ne asigure o narcoză. La această primă narcoză am răsplătit pe cel rănit pentru toate suferinţele pe cari le-a îndurat şi va mai trebui să le îndure.

Deaceea, drept încheere, propunem ca toţi chirurgii sau chiar toţi medicii dela formaţiunile spitaliceşti, să fie iniţiaţi în acest mod de anestezie atât de comod pentru chirurg şi atât de inofensiv şi plăcut pentru rănit şi care deci trebueşte pus pe o scară întinsă la dispoziţia acestor formaţiuni.

Simfiză pleuro-pulmonară acută după operaţia lui JACOBAEUS, cu refacerea colapsului total printr'o nouă intervenţie

Dr. A. ADRIAN M. ONCESCU
Medic secundar Sanatoriul Moroieni
şi
C. ANASTASATU
intern

Una dintre complicaţiile rare după operaţia lui Jacobaeus şi care poate compromite colapsul pulmonar, este simfiza pleurală imediată.

Cauza acestei simfize acute, este reexpansiunea pulmonară în urma emfizemului subcutanat, produs prin plăgile operatorii. Emfizemul, de obicei neînsemnat, devine extins în urma eforturilor de tuse sau de vomă, mai ales când este vorba şi de un plămân mai rigid. Contactul celor două pleure odată efectuat, procesul de simfză este accelerat prin suprafaţa sângerândă desinserată şi deseori prin procesul inflamator al pleurei viscerale, frecvent întâlnit.

Din publicaţiile asupra simfizelor acute după pleuroliză rezultă că, în majoritatea cazurilor, insuflaţiile masive de aer în punga pleurală, urmate sau nu de oleotorace, nu au putut reface colapsul total.

In serviciul Sanatoriului Moroeni, s'au întâlnit 4 cazuri de simfizări acute la un număr de peste 300 de pleurolize executate după metoda lui Jacobaeus. Incercarea de a obţine un colaps total prin insuflări des repetate şi cu cantităţi mari de aer, a rămas fără rezultat. La unul din aceste 4 cazuri, lobul superior pulmonar excavat, după eliberare s'a deplasat, simfizându-se posterior în dreptul coastei a VI-a. Controlat după doi ani, bolnavul N. C. bacilar permanent prezenta aceeaşi cavernă menţinută deschisă prin simfiza localizată.

Pentru prima oară în 1939, s'a încercat cu succes decolarea pe cale endopleurală a unei simfise acute, intervenindu-se după 4 zile dela operaţia lui Jacobaeus (D. Michetti. Rev. Tbc. 1939.

In cazul pe care-l prezentăm mai jos, am izbutit să facem o astfel de decolare, 20 zile după intervenţie.

Bolnava V. M. 39 ani, căsătorită, casnică, internată în 13. VII. 1941. Boala actuală a debutat în Decembrie, 1940. La internare: stare generală mediocră, subfebrilităţi vesperale, transpiraţii nocturne moderate, astenie, paloare, inapetenţă, greutate în deficit cu 9 Kgr. tuse cu expectoraţie muco-purulentă cc 39 cmc. Obiectiv: submatitate şi respiraţie diminuată cu raluri umede la ambele vârfuri. Bacloscopie pozitivă. Viteza de sedimentare 16—45—109. Radiologic: imagini cavitare în regiunea inter-cleidohilară a ambilor plămâni.

20. VII. 1941. Se instituie pneumotorax terapeutic stâng. Colapsul este însă contro-colectiv şi ineficace şi se abandonează după două luni în vederea unei colapsoterapii chirurgicale.

26. IX. 1941. Se instituie pneumotorax terapeutic drept. Colapsul este parţial şi ineficace, caverna fiind deschisă şi tracţionată de bride latero-apicale scurte. Uşoară ameliorare clinică.

19. II. 1942. Se execută o pleuroscopie, se rezecă aderenţele cari menţineau caverna deschisă şi se obţine un colaps pulmonar total. Imediat după intervenţie, bolnava tuşeşte mult cu toate sedativele ce i se administrează şi apare un emfizem subcutanat extins.

24. II. 1942. La examenul radioscopic se constată reaplipirea pleurelor cu apariţia imaginei anterioare de cavernă deschisă, tracţionată de astă dată în regiunea postero-laterală. Colapsul fiind compromis, se încearcă decolarea prin insuflaţii dese, masive şi cu presiuni pozitive, fără succes.

9. III. 1942. Se execută o nouă pleuroscopie, la care se constată simfiza bontului pulmonar pe o porţiune de 8-10 cm. în regiunea postero-laterală la nivelul coastei a V-a. La presiunea cu cauterul la rece, simfiza se decolează relativ uşor, lăsând câte o suprafaţă uşor sângerândă atât pe inserţia parietală cât şi pe cea viscerală. La o extremitate a simfizei neoformate, s'au organizat două bride scurte, cari necesită să le secţionăm prin electro-cauterizare.

Prin această decolare reuşim să refacem colapsul total, pe care îl întreţinem cu insuflaţii zilnice din cauza rigidităţii pulmonare, cu tendinţă la emfizem subcutant şi reexpansiune. Reacţie postoperatorie moderată; uşoară stare subfebrilă şi nivel mic de exudat în sinus.

In prezent 20. III. 1942, bolnava prezintă o stare generală relativ bună, subfebrilităţi intermitente, greutate staţionară, tuse şi expectoraţie matinală redusă, BK: pozitiv, radiologic se constată dispariţia imaginei cavitare; continuă insuflaţiile la interval de 6 zile şi este propusă pentru un pneumotorax extrapleural chirurgical stâng.

A fost un caz de simfiză acută cu punct de plecare dela suprafaţa desinserată a apexului pulmonar şi care era în curs de organizare şi de extindere.

Simfizele acute cari se formează prin reexpansiune după operaţia lui Jacobaeus, vor putea fi tratate cu succes prin decolare endopleurală, din primele zile ale formării lor, pierderea colapsului fiind recuperabilă.

De ce nu avem radiologi?

de Dr. EUGEN SUCIU

In raportul meu dela congresul profesional național de radiologie dela Timișoara din 1935, pe care am avut onoarea să-l prezidez, spuneam:

«Formulări teoretice satisfăcătoare se obțin la noi foarte ușor, ordinea morală și erarhică se asigură cu multă generozitate pe hârtie, când însă om naiv și de bunăcredință pretinzi aplicarea hotărîrilor, regulamentelor și a legilor, trebuie să treci prin furcile caudine.

Bineînțeles nici societatea de Radiologie și Electrologie Medicală din România, care își însușise inițiativa formulărilor teoretice și a elaboratelor de organizare, nu ajunsese să-și vadă visurile împlinite.

Incontestabil că Soc. de Radiologie care are în fruntea ei doi profesori universitari, doi conferențiari, un docent și numeroși medici primari de radiologie, bine pregătiți, a realizat în anii trecuți o remarcabilă activitate științifică de specialitate, prin organizarea celor trei congrese naționale de radiologie dela București, Cluj și Iași cu publicații voluminoase de rapoarte și comunicări, de o reală valoare științifică, apoi la ședințele lunare dela București, prilejuri de expunere ale unor lucrări de valoare, stimulându-se permanent afirmarea radiologiei.

Societatea de Radiologie a mai avut meritul de a aduna într'un mănunchi pe aproape toți radiologii din țară, prin înscrierea lor în Societate, pentru mai bună orientare asupra acelora cari profesează radiologia.

E de adăugat că printre cei 120 de membrii ai Societății, sunt numeroși medici de altă specialitate, care se ocupă de radiologie numai limitat, atât cât interesează specialitatea lor. Categoria cea mai numeroasă și cea mai dăunătoare radiologiei, a medicilor posesori de aparate de Röntgen, cari dau aparența unei suficiențe înșelătoare prin reclame și anunțuri, bine înțeles nu face parte din Societate.

Această activitate științifică de specialitate și de evidențiere profesională trebuia însă să fie secondată de înfăptuiri în stil mare pe teren de organizare practică, bineînțeles cu concursul decisiv al Ministerului Sănătății, care uneori a fost acordat parcimonios, altădată a lipsit sub trecutele guvernări, deși sunt convins, că din partea conducătorilor Societății de Radiologie sugestiuni în această privință s'au făcut. Nu este însă de ajuns, să expediez o comisiune în Germania ca să cumpere câteva aparate pentru spitale și dispensare, ca să poți spune că ai făcut mare ispravă în domeniul radiologiei.

Urmările le resimțim acum în vremuri de război, când Facultatea de medicină e nevoită să înființeze cursuri de specializare în radiologie, pregătind în pripă specialiști a căror lipsă e atât de simțită în organizarea sanitară a statului și a armatei. Trebuiau înainte de toate creiate la timpul său punându-se la dispoziție fonduri mari, două—trei centre mari de radiologie cu instalații complecte, ultima expresie a tehnicei în radiologie, cu secții de cancero-chirurgie, anatomo-patologie, röntgendiagnostic și terapie profundă, radium-terapie, birou de statistică și propagandă, autonomia și stabilitatea asigurată, cu medici radiologi salarizați excepțional fără drept de clientelă particulară, după modelul celor din străinătate, fondate după experiența făcută că: fărămițarea secții lor și institutelor împiedică coordonarea și armonia activității științifice și terapeutice. La congresul internațional de radiologie dela Zürich, din 1934 am fost singura țară care a excelat prin lipsa unui raport despre lupta contra cancerului. Aceste institute mari aveau apoi și menirea de a forma serii de specialiști prin practică îndelungată radiologia fiind o știință de experiențe. Dacă în materie de pregătire generală radiologică, generațiile mai noi de medici, prin meritul profesorilor noștri de radiologie au cunoștințe cu mult mai solide decât cele premergătoare lor, apoi în privința formării cadrelor noi de radiologi nu s'a făcut cât trebuia, institutele de radiologie ale facultăților, neavând proporțiile și mijloacele necesare pentru a putea corespunde unei astfel de misiuni. Desigur că prin organizarea unor mari centre de radiologie nu este încă totul făcut, dela secția de radiologie a spitalului județean până la dispensarul de târgușor, înzestrat cu aparat de röntgen, problema întreținerii pricepute și a utilizării competente trebuie soluționate după aceleași criterii reale, de permanent control al personalului medical și tehnic. Dar ne mai lipsesc și altele. Nu avem de ex. un manual practic de radiologie. Cartea valoroasă a d-lui prof. Dr. Dim. Negru e o lucrare teoretică de noțiuni pregătitoare și de tehnică generală, foarte utilă și necesară, dar nu compensează bine înțeles lipsa unui manual de medicină radiologică.

Dar nu numai insuficiențele de organizare pe plan general ne-au adus în situația, că nu avem radiologi în număr necesar, ne lipsește încă și o reglementare rațională, un fel de statut de protecție, a medicului radiolog.

Situația precară de acum reține multe elemente bune care își pregătesc cu multă cumpănire viitorul. Nu e legiferat și nu e respectat dreptul medicului radiolog de a-și apăra sănătatea prin concediu obligator de două luni pe an, pentru a-și reface globulele roșii ale sângelui distruse de raze. Mai ales acum concediile fiind suprimate de 3 ani, cea mai mare parte a medicilor radiologi lucrează fără concedii de refacere, neurastenizați și anemiați în ultimul grad, în deosebi acei cari conduc servicii cu mare circulație de pacienți. Sunt apoi o seamă de instituțiuni care își permit luxul de a face statistici din diferite motive, utile de sigur, și cer medicului radiolog să examineze pe lângă cei suferinzi și pe cei sănătoși din institut'a respectivă, punând în seama singurului radiolog 60—100 radioscopii pe zi fără ca să se gândească la numirea încă a unui radiolog.

Salarizarea medicului radiolog desigur nu poate fi alta decât a celorlalte categorii de medici specialiști, ar trebui însă introdusă pentru ei asigurarea obligatorie printr'un plus de salariu pentru acest scop. Fosta Casa Muncii C. F. R. a și aplicat câțiva ani, după modelul instituțiunilor din străinătate această soluție, printr'o indemnizație de risc profesional de 2000 lei lunar. A trebuit însă să lupte în fiecare an pentru recunoașterea acestei indemnizații speciale în fața instanțelor de control ale Ministerului de Finanțe încât în cele din urmă a renunțat la ea. In ce privește centrele mici provinciale sau să se desființeze posturile de medici radiologi sau să li se dea un salariu excepțional întru cât din cauza acestor nepotriviri între salariu și situație profesională nu se găsesc aspiranți la posturile vacante, serviciile fiind conduse de nepregătiți.

Evident, că într'o profesiune cu atâtea cerințe crearea unor condiții superioare de muncă rodnică pe plan general este o sarcină care cere însușiri sufletești superioare, fiindcă prin contribuția acestor însușiri sufletești superioare se crează ce este solid, stabil și de reală valoare. Până când evoluția noastră socială nu va atinge nivelul de a aprecia în primul rând aceste însușiri sufletești, până atunci nu vom putea înfăptui decât acele părți din minunatele planuri de construcție socială, care au darul de a satisface în acelaș timp egoismul individual și alte pretenții sau ambiții personale.

Un antidiareic politrop
în loc de măsuri medikamentoase multiple

Proprietatea de absorbţie şi puterea de desinfecţie a combinaţiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând „Aplona", lipsită de inconvenientele mărului crud, întruneşte însuşirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

Aplona

dieteticul medicamentos

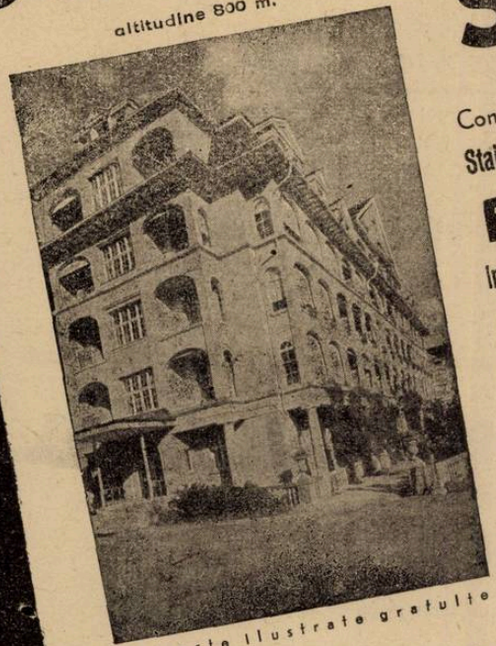
dă consistenţă scaunului — desintoxică — regularizează peristaltismul intestinal.

RHENANIA "Rhenania" Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft

Depozitari pentru România: Pharmag S. A. Braşov, Strada Regina Maria, 18.

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.



Prospecte ilustrate gratuite

Condiţiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

într'o poziţie privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentului:
în camere pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Şef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

LEUKOTROPIN

Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.
(vorm. Silten-Gesellschaft)
MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Medicul dela țară și medicul dela oraș

de Dr. S IRIMESCU

Intre medicii dela orașe și dela sate nu trebue să existe deosebiri care să-i claseze în categorii sociale distincte deoarece sunt uniți prin atribuții identice pentru aceleași scopuri de altruism și solidaritate aduse în îngrijirea bolnavilor.

Deosebiri se constată totuși. Într'o ședință recentă a Consiliului sanitar superior, Ministrul sănătății le-a subliniat, arătând dificultățile de a fixa la țară pe medicii de circumscripție rurală, deoarece aceștia socotesc că îndeletnicirile și îndatoririle lor ca medici rurali sunt trecătoare și aspirația lor e de a trece dela sate la orașe.

Mediul rural oferă numeroase ocazii, ca talentele, capacitatea și cunoștințele medicilor să fie puse în valoare... Pătura țărănească care e pătura de bază a populației are laturi încă incomplect explorate. Trăind la țară, medicul ajunge să se pătrundă de importanța lor și poate să aducă o mare contribuție pentru a înlătura neajunsurile care diminuează pe țăran și nu-i dau putința să se desvolte în plenitudinea facultăților și calităților lui.

Problema medicinei la sate e complexă și are laturi sociale și morale multiple.

Asistând la discuțiile urmate în Consiliul sanitar mi-am reamintit de o carte veche, care e o carte mare, «Le medecin de campagne» medicul dela țară a lui Balzac. Cu acea adâncă pătrundere care l-a făcut să caracterizeze în «Comedia umană» în seria lui de romane atâtea tipuri omenești, care au rămas puternic conturate, marele romancier prezentând pe Benassis, medicul dela țară a făcut din el un exemplar de superioară umanitate. Exemplarul acesta trăește viu și reliefat așa încât ficțiunea devine realitate.

Dintr'un sat izolat și mizerabil de undeva din Alpii Savoiei, Benassis face o grupare prosperă, schimbându-i condițiile în care se desvoltă. Medicul devine astfel nu numai un lecuitor al bolilor și suferințelor care lovesc pe individ dar și un factor colectiv, social.

El înțelege că numai îndreptând ambianța localității, ridicând standardul de viață al locuitorilor, va spori în ei rezistența fizică și morală ca să-și facă capabili să se împotrivească cu succes boalelor.

Invingând greutăți, trecând peste prejudecăți cu riscul de a fi socotit ca un dușman al poporului — Ibsen mai târziu, descriind pe Stockman în piesa lui de teatru «Inamicul poporului» a realizat în el un alt tip de înalt curaj civic — el ajunge să dobândească o mare autoritate morală, care impune respect și considerație.

Benassis rămâne un sfert de veac, până ce boala îl doboară în satul acesta oropsit care devenise un centru de civilizație și de bună stare materială. Amintirea lui a durat, după ce murise, ca a unui sfânt laic care în trupase în el bunătatea și devotamentul

Benassis deși ieșit din imaginația lui Balzac, dar prin marele lui dar de creație trăind efectiv poate fi o pildă și un îndemn. Pentru a uita durerile lui proprii, ca o diversiune s'a consacrat unei mari acțiuni de milă și de iubire de oameni. Dezinteresat merge din colibă în colibă și ridicând moralul bolnavilor, înviorându-i chiar numai prin apariția și prezența lui, el știe să fie și un medic destoinic.

Ce admirabil câmp de activitate s'ar putea deschide pentru medic în lumea satelor! Zac acolo suferințe mari și puterea întunericului e copleșitoare. Lărgind acțiunea de simplă terapeutică individuală, medicul ar putea deveni un factor util comunității.

Benassis ajunge primar în localitatea unde-și alesese reședința, îndreaptă drumuri, creează industrii noui, dă posibilități celor care trăesc acolo să aibă o situație prosperă.

Medicul dela țară poate să fie nu numai un practican redus la îngrijirea simplă a particularilor oricât de frumos ar fi rolul acesta când e conștiincios împlinit. In reculegerea satelor, departe de tumultul orașelor, în liniștea fizică și morală pe care o găsește acolo, meditând asupra diferitelor probleme, el poate aduce contribuții de o adevărată valoare științifică. Koch a început lucrările lui de bacteriologie care au rămas epocale, ca simplu medic de cerc, de circumscripție în Prusia. Mackenzie când a inventat cardio-phlebograful care a renovat cardiologia era un simplu practician la Coventry în Anglia. Bernou căruia i se datorește oleotoraxul în terapeutica afecțiunilor pulmonare e medic într'un oraș mic de provincie (Chateaubriant) dintr'un departament din Franța. Charles Fiessinger, ajuns practician de mare notorietate în Paris și director al unei răspândite reviste medicale a stat decenii într'o mică localitate, Oyonax din Franța unde își crease o reputație solidă de excelent clinician. Robert Mayer, tânăr medic într'un mic oraș din Suabia, în Germania (Heilbronn) după constatări de fiziologie a circulației, în decursul practicei lui, meditând asupra lor ajunge la o descoperire capitală — i se celebrează acum centenarul — a conservării energiei, a echivalentului mecanic al căldurei.

Am avut și la noi medici de județe și plăși care au scris excelente monografii asupra stării sanitare a țăranului nostru: Lupu, Enescu, Stâncă, etc. Samarian, mort de curând, medic la Călărași (Ialomița) a scris cărți de istoria medicinei românești de o mare documentație și de un viu interes.

Promovările dela sate la orașe sunt îndreptățite și se pot face și în afară de oficialitate prin meritele pe care practicianul le dobândește și și-le afirmă și prin reputația la care ajunge. Succesele dela orașe pot fi mai răsunătoare.

In «Comedia umană» a lui Balzac circulă epizodic un medic strălucit, ca faimă și eleganță, Bianchon, om de lume și medic la modă pe care clientela și-l dispută.

In comparație, gloria mai obscură a lui Benassis, socotită dintr'un punct de vedere etic apare mai durabilă. Ea e legată de înfăptuiri cu un mare fond moral.

Avantagiile materiale care se propun pentru a lega pe medic de circumscripția în care e trimis sunt necesare, deoarece medicul ca să fie stimulat în zelul și devotamentul lui nu trebue să ducă un trai de privațiuni.

Când vom avea mai mulți Benassis, medicii de tipul lui Bianchon continuând să aibă succese cât de multe se va ajunge ca medicul dela sate să nu fie efemer în locul pe care-l ocupă, dar să se fixeze acolo, legat de el printr'o mare dragoste de oameni și cu conștiința împăcată că își îndeplinește o înaltă îndatorire de solidaritate omenească.

Pentru aceasta, e nevoie de o structură sufletească deosebită. Benassis și-a făcut-o, deoarece durerile prin care trecuse îl deprimaseră până a-l anihila. Devotându-se bolnavilor și celor săraci și umili a evadat din stări sufletești care-l distrugeau.

Când după marele sbucium actual și chiar în timpul cât trăim în el, moartea seceră fără cruțare atâtea vieți, dacă vom simți că avem îndatorirea să salvăm existențe pe care boalele le nimicesc, luptând pe frontul interior contra lor, vom fi cu adevărat oameni și buni cetățeni.

Problema recrutării medicilor rurali va fi mai ușor de rezolvat și populația dela țară nu va muri cu zile răpusă de boale pe care bolnavii și de multecri și medicii deoarece nu sunt în număr îndestulător sau chiar când sunt, îmbulziți de ocupații nu găsesc timp să-i cerceteze, le ignorează.

Concursul de secundariat în medicina internă din Aprilie 1942

de Dr. MARIN ENACHESCU

Luând parte în juriul concursului de secundariat în medicină internă ţinut de curând la Bucureşti, am avut prilejul să fac unele constatări care depăşesc, cred, interesul limitat al unor simple impresiuni. Deaceea, am găsit că nu ar fi cu totul lipsit de folos, dacă vor fi cunoscute în cercuri medicale cât mai largi.

Inainte de toate, este de subliniat pregătirea serioasă a celor mai mulţi dintre candidaţi. Deşi suntem în războiu, s'au prezentat în număr mare, faţă de locurile vacante. Găsim în acest fapt o dovadă că tineretul este partizanul convins al concursurilor şi elementele cele mai bune folosesc această cale, mai onorabilă decât ori care alta, pentru a-şi cuceri locurile cuvenite în profesiunea medicală.

Pregătirea serioasă a candidaţilor şi lipsa aproape totală a intervenţiunilor lăturalnice pe lângă juriul examinator, sunt dovezi în plus ale progresului făcut în moravurile noastre.

O altă constatare îmbucurătoare a fost preocuparea candidaţilor de a păstra concursului o desăvârşită imparţialitate. In acest scop, s'a căutat ca asistenţa la probele publice să fie cât mai numeroasă, iar candidaţii, după trecerea probelor respective, au urmărit cu mare atenţiune expunerile colegilor. Astfel, s'a realizat un adevărat control de opinie publică pentru notările candidaţilor.

In ce ne priveşte pe noi cei din juriu, am salutat cu deosebită mulţumire, această străduinţă legitimă a concurenţilor. Preocupaţi de obiectivitatea cea mai strictă, am notat, aproape cuvânt cu cuvânt, expunerea fiecărui candidat, pentru ca la sfârşitul probei nota să fie în deplină concordanţă cu cele expuse.

Câteva discordanţe ivite între aprecierea juriului şi asistenţei, se explică prin faptul că cei mai mulţi dintre cei care asistau la probă, erau impresionaţi mai mult de debitul verbal al candidatului, de retorică şi mai puţin de fondul expunerii sau de examenul metodic şi complect al bolnavului.

Deaceea, un candidat, în general pregătit, a luat la aceeaş probă o notă mai mică decât contra-candidatul său, deşi acesta nu a vorbit cele 15 minute regulamentare şi nici într'o formă literară deosebită.

Diferenţa provenea din faptul că, primul candidat, la o boală infecţioasă, nu a întrebat de temperatură şi nu a descris starea splinei, greşeli mari, care pentru asistenţă trecuseră neobservate. Se înţelege astfel pentru ce asistenţa era greşită în aprecierile ei. In nici un caz, aceste aprecieri nu puteau influenţa obiectivitatea juriului, cu atât mai mult cu cât ele erau şi de ordin afectiv, candidaţii nemulţumiţi fiind prieteni personali sau colegi ai celor care asistau la probe.

Dealtfel, discordanţele au fost rari, şi, în toate cazurile, am explicat criteriile notelor pe care le-au obţinut.

Numărul mare de candidaţi şi pregătirea serioasă a celor mai mulţi dintre ei, ne-au impus să alegem, pentru probele clinice, bolnavi cu simptome mai complexe şi afecţiuni mai puţin banale. Numai în faţa cazurilor dificile se putea face diferenţierea între concurenţi.

Citez câteva din afecţiunile date spre examinare. Un tânăr diabetic cu pleurezie sero-fibrinoasă şi polinevrită, o femeie de 58 ani cu pleurezie hemoragică, febrilă şi Wassermann intens pozitiv. O insuficienţă cardiacă prin dublă leziune aortică, syndrom hemoragic, sflenormegalic şi trombocitopenie etc.

La prima vedere cazurile par dificile pentru un candidat la secundariat. Dificultatea însă este numai aparentă. Printr'un examen clinic metodic, complect şi cu analizele uzuale de laborator pe care candidatul avea dreptul să le ceară, diagnosticul rezulta destul de limpede. Astfel în cazul diabetului, prin examinarea aparatului respirator, pleurezia era evidentă, în timpul examinării sistemului nervos absenţa reflexelor rotuliene şi achiliene atrăgea atenţiunea asupra unor leziuni nervoase. Din analiza urinei şi din cifra glicemiei, reeşia că bolnavul este un diabetic, iar areflexia se impunea ca un simptom de nevrită diabetică.

Se înţelege că un element, insuficient pregătit, nu reuşea să rezolve toate problemele care se puneau, atât pentru diagnostic cât şi pentru pronosticul şi tratamentul bolnavului.

Procedând astfel, suntem convinşi că am reuşit să fixăm fiecare candidat în locul care i se cuvenea în clasificare după însuşirile şi pregătirea sa.

A existat şi există încă o prejudecată în ceeace priveşte probele orale la concurs, cu excluderea probelor scrise. Se afirmă că probele scrise fiind secrete, juriul examinator nu mai poate fi influenţat de consideraţiuni particulare, ceeace în parte este adevărat.

Dar, cu tot secretul probelor scrise, pentrucă la secundariat, probele clinice nu pot fi excluse,, un juriu lipsit de imparţialitate poate «aranja» clasificaţia la probele orale inevitabile.

Sunt însă numeroase indicaţiuni că şi în această privinţă moravurile s'au schimbat în bine. Lupta de decenii a corpului medical nu a fost zadarnică. Graţie acestei lupte, s'au impus, în locurile de conducere ale serviciilor sanitare, elemente selecţionate după criterii technice. Elemente care au făcut dovada capacităţei lor, constitue majorităţile sdrobitoare ale membrilor diferitelor comisiuni de concursuri. Aceşti medici vor fi cu mult mai greu de influenţat pentrucă educaţia, activitatea lor de fiecare zi, îi obligă organic să aleagă pe cei mai buni dintre candidaţi, viitorii lor colaboratori. Nici un medic demn de acest nume, nu poate accepta să i se compromită bunul renume al serviciului din cauza unui colaborator nepregătit.

Sunt motive serioase să credem că, timpurile când cluburile sau prefecţii de judeţe numiau medicii, după nevoile politice sau după bunul lor plac, au apus pentru totdeauna.

In perioada imediat următoare războiului mondial, absolvenţii Facultăţilor de medicină erau obligaţi să-şi găsească o persoană influentă sau să se înscrie într'un partid, să se umilească chiar, pentru a fi plasat într'un post cu salariu mai totdeauna insuficient,

Intrebările care şi le pun tinerii medici au altă rezonanţă. Intrebarea: Ai pe cineva să te numiască într'un post? a fost înlocuită cu altele: Ce specialitate ţi-ai ales? La ce concurs te prezinţi? Unde ai făcut stagiile şi cum te-ai pregătit?

Inutil să insistăm asupra importanţei acestor schimbări. Este suficient să se mediteze la rolul pe care ele îl joacă în desvoltarea sentimentului de demnitate personală, de justiţie şi ce ambianţă favorabilă creează pentru pregătirea serioasă şi perfecţionarea continuă a medicilor.

Concursul care a prilejuit acest articol a demonstrat, cu prisosinţă, progresele făcute în această privinţă şi a mai arătat că avem o opinie publică medicală, de care trebue să se ţină seamă.

Toate acestea sunt rezultatele luptei corpului medical după cum s'a văzut, dar totodată şi ale unei evoluţii naturale, întrucât un organism social nu poate da randamentul cerut, fără a se ţine seamă de principiile raţionaliză-

OPOTERAPIE HEMATICA

Siropul DESCHIENS

cu hemoglobină pură

INLOCUEȘTE CARNEA CRUDA ȘI FIERUL

ADMIS IN TOATE SPITALELE DIN PARIS

DOZA: 1 lingură de supă înaintea fiecărei mese

Depozit permanent: Drogueria Standard, Str. Sf. Ionică 8, București

Anertan Anertan-Oel

intramuscular | percutan

hormon sexual masculin

(propionat al testosteronului)

Pentru bărbați: în prostatism și astenii, în domeniul fizic, psihic și sexual.

Pentru femei: metroragii, mastopatii, prurit vulvar,

Pentru copii: în criptorhidie, infantilism, enureză, inapetență și lipsă de energie.

Anertan-fiole: 4 × 5 mg
4 × 10 mg
2 × 25 mg

Anertan-Oel:
10 g = 400 picături = 50 mg Anertan

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6**

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)
Cutii a 10 fiole a 2 cc.
Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*
Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.
Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris
Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu
Medicament aliment, gust plăcut.
Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică
In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.
Sec. Prof. WIECHOWSKY
Sol izotonică nucleinat de Na 2,50 %
Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.
Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.
Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).
Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*
Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.
Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.
Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
conţin săruri veritabile de Vichy
Cutii a 12 pachete
1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor
Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)
Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.
Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.
Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale
„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

rei. Potrivit acestor principii, un medic improvizat, plasat prin protecţie într'un loc unde pregătirea este indispensabilă, va fi incapabil să dea ceeace se pretinde funcţiunei pe care o ocupă.

Această incapacitate nu rămâne nici izolată, nici fără urmări. Ea are răsunet aspra personalului subaltern, asupra bolnavilor şi întreaga organizaţie a unui spital, cu mai multe servicii, pentru a lua un exemplu, între care colaborarea este indispensabilă, se resimte.

O contribuţie însemnată pentru a creea ambianţa îmbucurătoare pe care am subliniat-o, este dată de actuala conducere a Sănătăţei publice, conducere eminamente technică. O astfel de conducere nu poate folosi în studiul şi realizarea reformelor de cât metodele ştiinţifice care cer ordine, pregătire, selecţionare şi randament.

Indiferent de organizarea politică viitoare a Statului nostru, sunt convins că, criteriile ştiinţifice, impuse de complexitatea problemelor Societăţilor civilizate, vor rămâne, definitiv, ca metode de lucru ale conducerii Sănătăţei publice de la noi.

In ceeace priveşte prevederile regulamentare asupra modalităţei concursului de secundariat, experienţa a arătat că sunt necesare anumite modificări.

Regulamentul în vigoare prevede că se poate înscrie pentru concursul de secundariat, orice doctor în medicină, indiferent de timpul trecut de la obţinerea titlului academic. O practică medicală de 2 ani, prevăzută în vechile regulamente, nu a fost menţinută între condiţiunile de admitere la concurs.

Secundariatul fiind un stagiu de specializare era firesc ca tânărul doritor să se specializeze, să o poată face în continuarea studiilor din Facultate, fără întreruperea de 2 ani.

In acest caz, proba de titluri, lucrări şi activitatea, nu are raţiune să mai fie menţinută.

In adevăr, o activitate în afară de şcolaritate, externat şi internat, nu poate avea şi nu se poate pretinde unui absolvent al Facultăţei. Chiar dacă, întâmplător, un candidat a publicat câteva lucrări, din aprecierea lor nu se poate deduce capacitatea candidatului fiind ştiut că, un student în medicină, un extern sau intern, este aproape totdeauna asociat la o lucrare de către un medic mai în vârstă. Acestuia îi revine concepţia, cercetările, redactarea şi tot ce poate fi important într'o lucrare.

Pe de altă parte, se poate întâmpla ca un candidat să fi trecut printr'un serviciu unde se fac cercetări şi se publică mai mult, în timp ce alt candidat să fi nimerit într'un alt serviciu fără astfel de preocupări.

Activitatea unui candidat, lucrările lui, mai sunt în funcţiune de timpul care s'a scurs de la absolvirea Facultăţei. Intre doi concurenţi, cu aceeaş pregătire şi aceleaşi însuşiri, cel care a absolvit mai înainte, a avut timpul necesar pentru o activitate mai deosebită şi pentru lucrări. El va fi mai bine notat, însă se vede destul de clar că o notă mai mare luată în aceste condiţiuni, este datorită mai de grabă vârstei, decât activităţei.

Suprimând proba de titluri şi lucrări, s'ar putea obiecta că se nedreptăţesc foştii externi şi interni, care nu sunt prin nimic diferenţiaţi dela începutul concursului. Această obiecţiune nu este întemeeată, fiindcă între doi candidaţi, dacă unul a trecut prin externat şi internat, lucrând efectiv, va face probe mai bune şi va depăşi contra-candidatul fără această pregătire.

Proba de titluri şi lucrări, pe lângă situaţiile pe care le-am descris, creează o stare de inferioritate candidaţilor care, deşi bine pregătiţi, nu au trecut prin externat sau internat, fie din motive personale, fie pentrucă au făcut studiile la o Facultate unde nu se ţineau aceste concursuri, cum era cazul Clujului mai înainte.

In concursul care a prilejuit articolul de faţă, nouă celor din juriu, notele la proba de titluri şi lucrări ne-au pus probleme deosebit de grele, cu atât mai grele cu cât a trebuit să se ţină seamă dacă un candidat a fost mobilizat şi chiar de împrejurarea dacă serviciul militar a fost prestat pe front sau în zona interioară.

Pentru aceste motive, am avut candidaţi care au luat note mari la proba de titluri şi lucrări, însă la probele ulterioare s'au dovedit mai slabi, ceeace arată că, într'o anumită măsură, au fost nedreptăţiţi unii candidaţi, mai bine pregătiţi, sub raportul medical propriu zis.

Rezultă limpede din cele expuse, că proba de titluri şi lucrări, trebue să fie suprimată.[1]) Ea poate fi înlocuită cu o probă de fiziologie. Cunoştinţele temeince de fiziologie sunt indispensabile medicului internist pentru descoperirea simptomelor, interpretarea lor şi pentru o terapeutică raţională.

Această probă urmează să fie tot orală. Faţă de proba scrisă prezintă avantajul că durează mai puţin şi obişnueşte candidatul să deosebească esenţialul unei chestiuni, desvoltând, în acelaş timp, spiritul de sinteză atât de necesar unui clinician.

Durata unui concurs nu este indiferentă. Nu numai acum în timpul războiului, dar şi în timpuri normale, trebue să fie evitată o risipă inutilă de timp, atât candidaţilor cât şi celor din juriu.

Onoarea de a face parte dintr'o comisie de examinare, poate fi declinată, din cauză că o activitate normală nu poate fi întreruptă prea mult timp, fără să sufere un serviciu de spital, învăţământul sau preocupările de ordin ştiinţific.

Din această cauză, trebue găsit un program de concurs care, fără a stirbi nimic din posibilităţile de justă selecţionare a candidaţilor, să nu răpească mult timp. Altfel, vor evita să facă parte din juriu tocmai elementele active. Activitatea, în general, este strâns legată de spirit de independenţă, pregătire temeinică şi de mai mari posibilităţi pentru o justă apreciere a concurenţilor.

Colegii care au făcut parte din juriu, la alte concursuri (externat, internat etc.), mi-au împărtăşit aceleaşi bune aprecieri în privinţa pregătirei şi spiritului de concurenţă leală, întâlnite la candidaţii respectivi.

Aceste constatări, depăşesc interesul limitat al ocupării unor vacanţe în ierarhia medicală. Ele arată schimbările profunde produse în concepţiile de viaţă ale tineretului, rezultate neîndoelnice ale liniştei în Universităţi şi ale experimentărilor politice din ultimii ani.

Dacă tragedia prin care am trecut şi trecem, nu putea să fie evitată, să ne consolăm cel puţin la gândul că Neamul nostru, ca orice popor cu mari însuşiri de vitalitate şi creaţie, ştie să se folosească şi să înveţe din durerile lui.

Când învăţăturile acestea, sunt folosite, în primul rând, de tineretul unui popor de 18 milioane, unitar prin limba, istoria şi cultura lui, cum puţine sunt în lume, putem să privim viitorul cu desăvârşită încredere.

---

1) **Nota redacţiei.** — Proba de «activitate medicală, de titluri şi de lucrări» o credem necesară la concursul de secundariat, întrucât este logic să se dea preferinţă acelora cari au trecut anterior concursurile de externat şi de internat, dovedind în cursul stagiului lor, un spirit ştiinţific.

Viitorii specialşti ai ţărei, trebuid să fie selecţionaţi dintre elementele de valoare pe toate planurile, — serviciile ce au adus patriei în timp de război, nu pot fi neglijate. De aceia credem că au făcut foarte bine comisiunile ţinând seama de toate meritele şi de toate titlurile.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Vizita d-lui Ministru al Sănătăţii la Instituţiile sanitare din judeţul Prahova

In ziua de 7 Iunie a. c., d. *prof. dr. P. Tomescu*, ministrul Sănătăţii Publice a vizitat instituţiunile sanitare din Ploeşti şi jud. Prahova.

D. ministru a vizitat în primul rând, *spitalul de chirurgie «Schuller»*, condus de d. *dr. Gh. Petrescu, spitalul de boli interne*, condus de d. *dr. N. Gruia Ionescu şi Spitalul de boli contagioase*, condus de d. *dr. Fulgă*.

La *maternitatea* din Ploeşti instalată în bune condiţiuni la Spitalul «Constantinescu», având o şcoală de moaşe cu 70 eleve, are multe bolnave de ginecologie pe lângă gravide, d. ministru a luat dispoziţiunea ca aceasta să fie rezervată în mod exclusiv asistenţei gravidelor, bolnavele de maladii ginecologice fiind internate în serviciile de chirurgie din localitate.

La *spitalul de copii «Prediger»*, care are o secţiune de puericultură, una de medicină infantilă şi o a treia de chirurgie, s'a decis ca serviciul chirurgical să se transforme într'un serviciu de chirurgie infantilă.

Spitalul de boli venerice «Hanul Ţărănesc» este în curs de transformare.

D. ministru a vizitat apoi cele 5 circumscripţii medicale ale Municipiului Ploeşti.

Dela Ploeşti, d. ministru s'a îndreptat spre *Filipeştii de Târg* unde a inspectat spitalul.

D. ministru a vizitat apoi *Aşezămintele Leagănului Sf. Ecaterina* din *com. Nedelea*, unde a felicitat călduros pe d-na Ecaterina Caragea, conducătoarea acestor instituţiuni.

D. ministru a luat dispoziţia ca Statul să ajute terminarea clădirilor leagănului şi să doteze dispensarul cu mobilierul, aparatele şi materialul sanitar de care are nevoe.

Noua organizare sanitară a Capitalei

Ministerul sănătăţii a dat zilele acestea o decizie pentru reorganizarea sanitară a Capitalei.

Potrivit legilor în vigoare şi în conformitate cu această decizie, Capitala se împarte în patru sectoare sanitare, suprapuse celor patru culori administrative şi circumsripţiilor poliţieneşti.

Fiecare sector sanitar cuprinde un centru de sănătate şi un număr de circumscripţii proporţional populaţiunii respective.

Direcţia sanitară a Capitalei va fi condusă de d. *dr. Ion Apostolescu*, inspector general sanitar, în calitate de medic şef.

Centrele de sănătate vor fi puse sub conducerea tehnică a d-lui *dr. Gh. Banu*, iar directorii centrelor de sănătate, la rândul lor, vor supraveghea funcţionarea circumscripţiilor sanitare din sectorul respectiv.

Centrele de sănătate, conduse de către un medic director igienist, ajutat de un medic de circumscripţie igienist, vor funcţiona ca instituţiuni sanitare model, asigurând asistenţa preventivă şi curativă a populaţiei. Ele vor avea servicii de consultaţii conduse de câte un medic primar de specialitate — şi anume: consultaţii prenatale şi prenupţiale, puericultură, boli venerice, tuberculoză, medicină internă, radiologie, precum şi un laborator de analize biologice.

Centrele vor avea apoi: farmacie proprie; un număr suficient de surori de ocrotire; o policlinică şcolară, cu serviciile respective; un serviciu de asistenţă socială.

Cu conducerea celor patru sectoare au fost însărcinaţi d-nii: dr. Leon Prodan, sect. I Galben; dr. Eugen Răsmeriţă, sect. II Negru; dr. Gh. Hoissescu, sect. III Albastru: dr. Gh. Banu, sect. IV Verde.

Conferinţa pentru studiul problemei ocrotirei copilului

Problema ocrotirei copiilor preocupă actualmente în mod deosebit organizaţia sanitară de Stat, întrucât copiii, temelia viitoare a neamului nostru, trebue să se desvolte în cele mai bune condiţiuni de sănătate.

Dea aceea era necesar ca să se stabilească o colaborare mai intimă între societăţile care se ocupă de protecţia copiilor şi organizaţia sanitară de Stat, pentru a se fixa un program de acţiune comun şi o coordonare a activităţii lor în diferite regiuni ale ţării.

Pentru a se studia şi a se lua hotărîri definitive care să constitue un program de acţiune coordonată în problema ocrotirei copiilor, se va întruni o conferinţă în zilele de 25 şi 26 Iunie a. c., sub auspiciile Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale, la care vor participa Doamnele specialiste ale problemelor de ocrotire, medicii puericultori şi Doamnele preşedinte ale societăţilor de ocrotire a copiilor.

Conferinţa va discuta următoarele probleme prezentate de raportori:

1) Ocrotirea copiilor în general şi a orfanilor de război în special.

Raportor general: D. Prof. Dr. I. Nicolau-Iaşi.

2) Organizarea centrelor pentru ocrotirea copiilor.

Raportor: D. Dr. Nemoianu-Timişoara.

3) Plasamentul copiilor orfani în familiile crescătoare.

Raportor: D-na Caragea-Bucureştt.

Coraportor: D. Dr. Axente Iancu-Bucureşti.

4) Organizarea căminelor de zi în mediul industrial şi în mediul rural

Raportor: D-na Manuilă-Bucureşti.

5) Organizarea cantinelor şcolare.

Raportor: D-na Brătescu-Bucureşti.

6) Orientarea profesională a orfanilor adolescenţi în raport cu însuşirile lor.

Raportor: D. Dr. Gh. Banu-Bucureşti.

7) Organizarea consultaţiilor speciale de puericultură pe lângă toate spitalele şi circumscripţiile sanitare din ţară.

Raport: D. Dr. Radu-Arad.

Şedinţa Consiliului Sanitar Superior

Pentru a ridica nivelul sănătăţii publice în mediul rural este nevoe de o acţiune intensă de educare şi de propagandă care să impună o modificare a higienei, alimentaţiei şi felului de viaţă la sate.

Dar pentru realizarea efectivă a acestui scop, ridicarea nivelului sănătăţii în mediul rural trebue ca organizaţia sanitară să dispună pe de o parte de un personal numeros şi bine pregătit iar pe de altă parte ca această acţiune să fie bine susţinută şi activă.

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale în colaborare cu Ministerul Culturii Naţionale, Cultelor şi Artelor va utiliza un număr de învăţătoare care vor primi o pregătire specială în instituţile mari sanitare din ţară, pentru a acţiona în mediul rural în domeniul sănătăţii publice şi pentru a da noţiunile de gospodărie şi higienă viitoarelor mame.

Pregătirea tehnică a acestor învăţătoare se va face de către medicii şi directoarele şcolilor de surori de ocrotire din ţară care vor da o deosebită importanţă noţiunilor practice de igienă şi puericultură.

Pentru a examina şi discuta problema utilizării învăţătoarelor de igienă şi gospodărie în acţiunea de medicină preventivă din mediul rural, precum şi organizarea cursurilor de pregătire a acestor învăţătoare, Consiliul Sanitar Superior se va întruni în ziua de Joi 18 Iunie a. c. orele 11, la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

PELLACOTIN

„Dr. RADU"

Vitamina P. P. (Acid Nicotinic)

specific în:

Pelagră, gastrite hipoacide, achilii gastrice, seboree, acnee, insuficiențe hepatice, intoxicațiuni diverse, porfirinurii.

Ambalaj:

Injecții: Pellacotin fiole a 5 cc (soluție 3%) cutii cu 5, 15 și 50 fiole

Oral: Tuburi cu 20 tabl. a 0,10 ACID NICOTINIC Dr. Radu

Dr. Alex. RADU, București 3 Str. Sofia 14

CINNOBIOL

INJECȚII

Cinamat de Benzil, Cholesterină, Eucaliptol, Guaiacol.

Imunizație artificială contra infecțiunilor bacilare, afecțiuni ginecologice (leziuni inflamatorii, ulcerații produse de agenți patogeni).

1—2 fiole intramusc. pe zi

ANTIASTHMATIC IFAR

SIROP

Iodură de codeină, Ephedrină, Cofeină, Tinct. Lobelia, Sirop de Thiocol și de Belladona.

Indicat în astm bronchic, cardiac, tusa spasmodică, enfizem pulmonar, bronșite acute și cronice, dispnea paroxistică, coriza spasmodică.

Mostre și literatură Laboratorul „IFAR"

Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — București IV

Telefon 5.67.48

NOTIȚE TERAPEUTICE

Narcoza de durată lungă cu Evipan sodic

Dr. A. Maraus

Spitalul Crucii de aur, Viena (Ref. după M. f. m. W. 1941 No. 1).

Drept contraindicație «absolută» pentru narcoza cu Evipan sodic, Maraus indică leziunile hepatice, iar ca «relativă», intervențiile între parotidă și trachee, în caz de afecțiuni inflamatorii la acest nivel (Weese).

Ca indicațiuni de prudență pentru începător, Maraus indică: septicemiile, peritonita, astmul, turburări ale circulației și ale metabolismului, afecțiunile sistemului nervos central, vom smentele incoercibile ale sarcinei, vârstă înaintată cu simptome de senilitate, slăbiciune constituțională. In general, se pot face la orice vârstă narcoze cu Evipan sodic, dar se pare că bolnavii reacționează din ce în ce mai bine la Evipanul sodic, cu cât înaintează în vârstă. Până la vârsta de 40 de ani, dacă nu ajunge Evipanul, se va face anestezie locală sau se va da eter. Intre 40 și 50 de ani, de cele mai multe ori este suficient Evipanul singur. Rezistența la Evipan Na după 50 de ani este excepțională, la oamenii bătrâni (nu prea prăpădiți) Evipanul sodic este mai cu seamă indicat. Pentru prepararea operatei, se va face cu ½—¾ de oră înainte o injecție cu 0,02 gr. morfină+0,0005 gr. atropină. Viteza de injectare pentru 1 cmc. din soluția 10% de Evipan sodic este în medie de 3% de minut, pentru o vârstă mai înaintată 1 minut, în caz de indicațiuni de prudență 1½ minute, iar la persoanele ușor narcotizabile 2 minute. Consumul total a fost de multe ori inferior la 10 cmc., totuși la bolnavi voinici s'au dat ca doză totală și 20 de cmc. Mai mult de 30 cmc. (cu pauze) nu s'au dat niciodată. In caz de rezistență la Evipan, încercările nu trebue să depășească 12 cmc., ci este de preferat să se tracă la narcoza prin inhalație. Dacă se încearcă o narcoză cu sila, se poate depăși cu ușurință doza. O doză insuficientă poate da naștere la contractură musculară și la contractura maxilarului, dar pe de altă parte, gemetele și contracțiile nu trebue să dea loc la o reinjectare pripită în cursul narcozei complecte. In caz de turburări circulatorii, se vor administra tonice cardiatice. Maraus respinge aparatele cari recurg la mijloace de trezire, deoarece atunci când dozarea a fost bine făcută, metodele de trezire artificială sunt inutile. Dacă se face combinația cu anestezie locală, Maraus se mulțumește de cele mai multe ori cu 50 (rareori 100) de cmc. de soluție de novocaină ½%, cu adaos de adrenalină. După narcoză, un somn prea lung poate fi scurtat prin mijloace de trezire, dar dacă un asemenea remediu nu este absolut necesar, la indivizii tineri nu este indicată întrebuințarea lui, deoarece dă naștere la o stare de excitație care va trebui combătută cu morfină.

Anestezia de război

Dr. Gh. Plăcinșeanu

din Revue Médico-Chirurgicale de la Société de Médicines et des Naturalistes de Iași, Nr. 3-4, 1941

Anestezia de război nu diferă întru nimic de anestezia de pace, are însă indicațiunile ei particulare. Anestezia ideală nu a fost încă atinsă, acea anestezie care asgiură bolnavului o stare lipsită de dureri fizice și psihice înainte și după operație, având în vedere totodată de a nu pune în primejdie viața bolnavului, și dând chirurgului posibilitatea de a opera în bune condițiuni.

Anestezia se împarte în trei mari grupuri:

1. Anestezia generală prin cloroform, eter, cloretil, protoxid de azot, ciclopropan, evipan sodic, etc., primele prin inhalație ultima pe care intravenoasă.

Toate aceste narcotice prezintă avantajiile și desavantajiile lor în ceeace privește relaxarea musculară, suprimarea durerii și urmările imediate și tardive asupra organelor.

Cloformul este toxic pentru rinichi, ficat, plămâni, se citează în literatură și cazuri de degenerescență galbenă a ficatului. Eterul provocă convulsiuni grave, atrofii ale ficatului, decese.

Protoxidul de azot a dat satisfacție în operațiile pe șocați, astenici, hipotensivi.

Ciclopropanul este indicat la diabetici, la gazați de război, mai ales prin fosgen.

O vogă deosebită în războiul acesta a avut Evipanul sodic.

Poate fi utilizat în doze masive pentru a obține o anestezie suficientă sau în doze mici completate cu un alt anestezic general, eter sau protoxid de azot, având atunci rolul de anestezic de bază.

Rezultatele cele mai satisfăcătoare se realizează preparând bolnavul cu un prenarcotic și asigurând pragul individual de concentrație necesară a anesteziculuiu în sângele pacientului. In ceeace privește toleranța Evipan-ului sodic Dr. C. Racoviță, unul din foștii interni ai autorului, arată în teza sa pe 32 de cazuri de anestezie cu Evipan Sodic că coagulabilitatea sângelui nu este modificată și tensiunea arterială se menține în jurul normalului.

Pouligner de Brest pledează pentru Evipan Sodic având experiență pe 2.300 cazuri și-l recomandă chiar la bolnavi gravi și cu dureri mari (fracturi ale colului femoral) pentru a ușura transportul răniților la evacuare.

Anestezia regională cu rachianestezia ca metodă cea mai utilizată dă hipotensiune având la bază o stare de șoc.

De aci rezultă că rachianestezia ar fi fatală pentru răniți și hemoragicii gravi, șocați toxici, cei cu fragmente mari osoase.

Și anestezia locală este într'o anumită măsură toxică. Jentzer Geneva, cu statistică de 750 hernii operate în anestezie locală a observat un procentaj mai mare de complicațiuni pulmonare decât la un număr egal de operații în anestezie generală. Gömösi (Budapest) precizează că supradozările produc intoxicațiuni, mecanismul șocurilor grave însă nu este încă cunoscut.

Lorenz Böhler pe 6.000 cazuri de fracturi operate în anestezie locală a avut numai rezultate satisfăcătoare. Rezoluția musculară estec ompletă, reducerea fracturilor se face ușor, fără dureri. In intervențiunile de scurtă durată s'a utilizat kelenul (curetajul plăgilor, extragere de proectile, fagmente oscase etc.).

In operațiunile mai laborioase Evipan-ul sodic a dat rezultate bune. Dat fiind tehnica rapidă — simplă înțepătură în venă — este anesteziculde preferat pentru operațiunile în posturile avansate.

Plăgile abdominale se operează de preferință în anestezie locală, însă în perforațiile intestnale sau gastrice la bolnavii nu prea șocați se obține o liniște perfectă numai prin rachianestezie.

In fracturile închise anestezia în focar este de preferat pentru a le reduce și a aplica aparatul. Pentru fracturile deschise cu pierdere de substanță osoasă Evipan-ul sodic este superior permițând aplicarea broșelor «à la Kirscher» în bune condițiuni.

La batalion anestezia nu joacă rol, acolo se evacuiază și se triază. Indicate sunt eventual morfina, Dolantin-ul etc. La formațiunile mai înapoiate se poate vorbi deja de anestezie, care depinde de fizionomia luptei, acțiune sau stabilbizare. In primul caz sunt posibile numai narcozele sumare, în cel din urmă se poate opera aproape în condițiuni normale. In zona etapelor anestezia este cea de pace. Pentru anestezia de război trebue să se prevadă, precum recomandă P. Camorian, 2 elemente: 1) personal și 2) material.

1. Narcotizatori specialiști atașați chirurgilor, 2. pastile sau ficle hermetic și aseptic inchise în trusele formațiilor.

Pentru gazați, anestezia locală, Evipan-ul sodic sau Avertina interarectal sunt de ales.

Fabrica de produse chimice
gedeon richter
București V,
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69.03

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

Subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 și 5 cc. conținând 4 respectiv 10 mgr. iod.

In flatulență, meteorism, enterite acute și hiperaciditate

MAGNOCARBON

de trei ori pe zi 1—2 tablete

In tratamentul urticariei precum și al tuturor stărilor de anafilaxie, atât la copii cât și la adulți prescrieți

PEPTOCALCIUM FORTE

pentru adulți și

PEPTOCALCIUM MITE

pentru copii

tablete

BIOLACTYL

PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 şi 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 şi 60 comprimate).

INDICAŢIUNI PRINCIPALE

PUTREFACŢIILE INTESTINALE ŞI AUTO-INTOXICAŢIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecţioase, tiflitele, peritiflitele şi apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticaria scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicaţii, ameţeli, (migrene, insomnii, dureri de cap), etc. şi în sfârşit, colibaciozele.

INDICAŢIUNI SECUNDARE

Afecţiuni ginecologice: Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau naşteri grele.

Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuinţare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecţiuni urologice: In cistite; instilaţiuni cu BIOLACTYL.

Tratamentul plăgilor: In pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acţiune bactericidă şi cicatrizantă.

MODUL DE INTREBUINŢARE

CULTURA LICHIDA: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $^1/_2$ flacon înaintea celor două mese principale). CULTURA USCATA: 4–8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau *apă zaharată,* deoarece astfel desvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES – PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Strada Toamnei, BUCUREŞTI III. Telefon 2.21.38

«EMINESCU» S. A. R. Bucureşti, str. Ing. Anghel Saligny 2

Anul XX No. 13-14 | 15 Lei Exemplarul | 1 Iulie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALA
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALA „ASOCIAŢIUNII" SIBIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUA
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. G. PROCA: *Asistenţa pelagroşilor şi profilaxia pelagrei endemice* 185

Med. Lt. Col. Dr. DUMITRESCU POPOVICI: *Hemoragiile secundare şi plăgile de război* 190

Dr. HORIA SLOBOZEANU şi Dr. RAPOŢESCU SILVIU: *Etiologia prematurităţii studiată pe 10.372 noi-născuţi* 192

Pagina

CONFERINŢA PENTRU STUDIUL PROBLEMEI OCROTIREI COPIILOR

Cuvântarea Doamnei Maria Mareşal Antonescu 193
Cuvântarea D-lui Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale 193
Prof. Dr. I. Nicolau: Ocrotirea copiilor în general şi a orfanilor de război în particular 193
Dr. Nemoianu: Organizarea centrală pentru ocrotirea copiilor . 193
Prof. Dr. Gh. Banu; Orientarea profesională a orfanilor adolescenţi în raport cu însuşirile lor.
Dr. Radu Cornel: Organizarea consultaţiilor speciale de puericultură 193

Pagina

ŞEDINŢA CONSILIULUI SANITAR SUPERIOR

Problema utilizării învăţătoarelor de igienă şi gospodărie în organizarea sanitară a statului . . 197
Raportul D-lui Dr. I. Stoichiţia, Secretar general al Ministerului Sănătăţei 197

NOTE ŞI INFORMAŢII

Un cuvânt al Domnului Mareşal Antonescu pentru medicii români;
Deschiderea concursului de medici primari la Ministerul Sănătăţei; 198
Problema cadrelor medicale; Selecţionarea şi formarea elitelor conducătoare ale medicinei naţionale 199

Terapia modernă a neuroluesului cu

SOLVARSIN

Preparat arsenical pentavalent pentru injecţii intramusculare sau subcutane, în soluţie injectabilă.

Toleranţă perfectă locală şi generală

Ambalaj original: Cutii cu 5 fiole a 2,3 şi 5 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

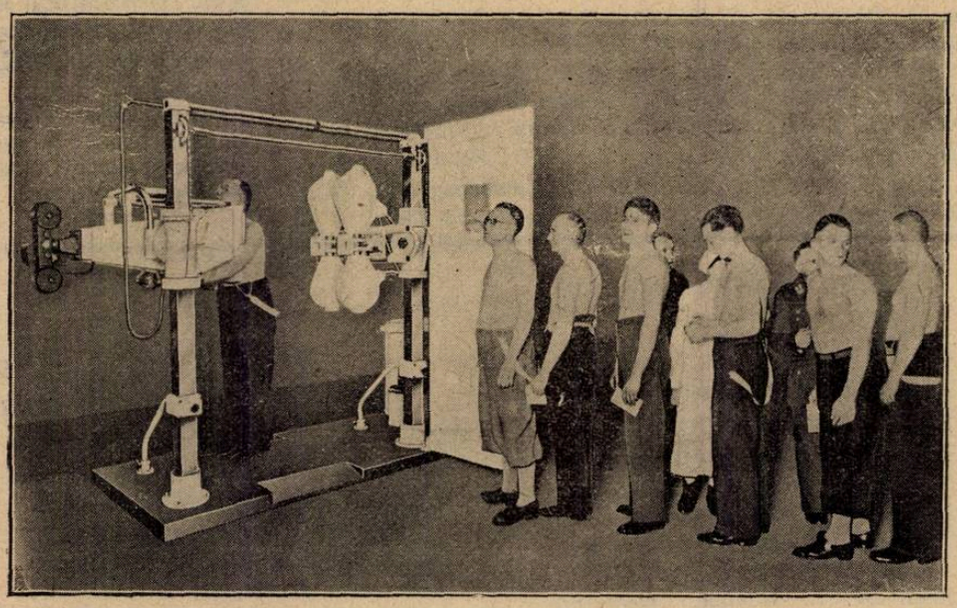
Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «Romigefa» S. A. R. Bucureşti I.
Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86.

Pentru combaterea tuberculozei

UZINELE MONDIALE

ELECTRICITAETS-GESELLSCHAFT «SANITAS» BERLIN

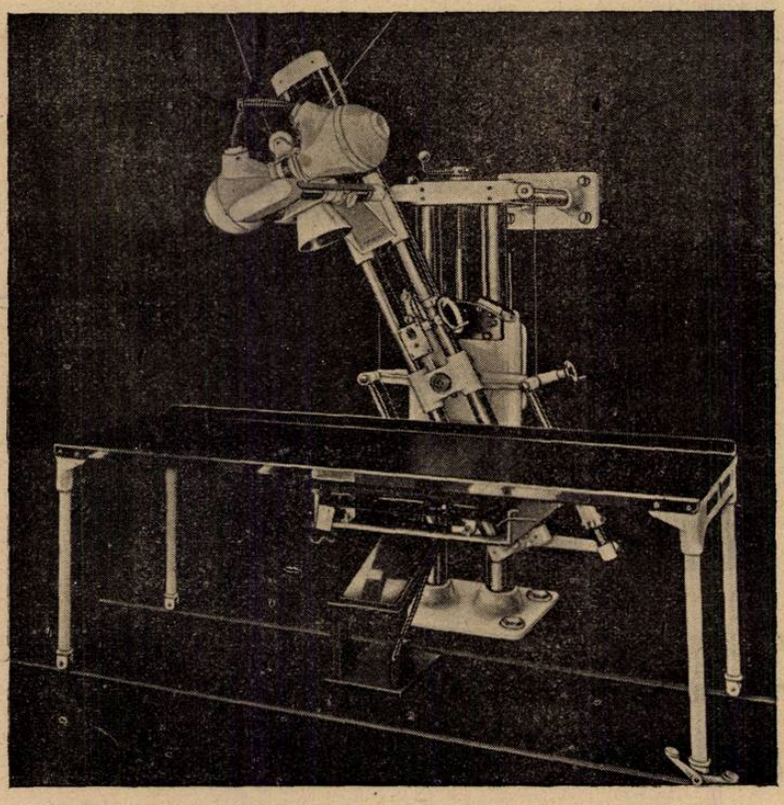
construeşte şi livrează:



Instalaţiile cele mai moderne, fixe şi mobile de

micro - foto - radioscopii

în serii



TOMOGRAFUL

pentru executarea radiografiilor straturilor şi secţiunilor plămânilor precum şi oaselor.

Cereţi devizul detailat şi vizita inginerilor noştri!

„CARTEA ROMÂNEASCĂ" S. A. BUCUREŞTI I

Secţia aparatelor radiologice şi de electrologie medicală

REPREZENTANŢA GENERALA PENTRU ROMÂNIA A UZINELOR

ELECTRICITAETS - GESELLSCHAFT „SANITAS" BERLIN Nw. 7

PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

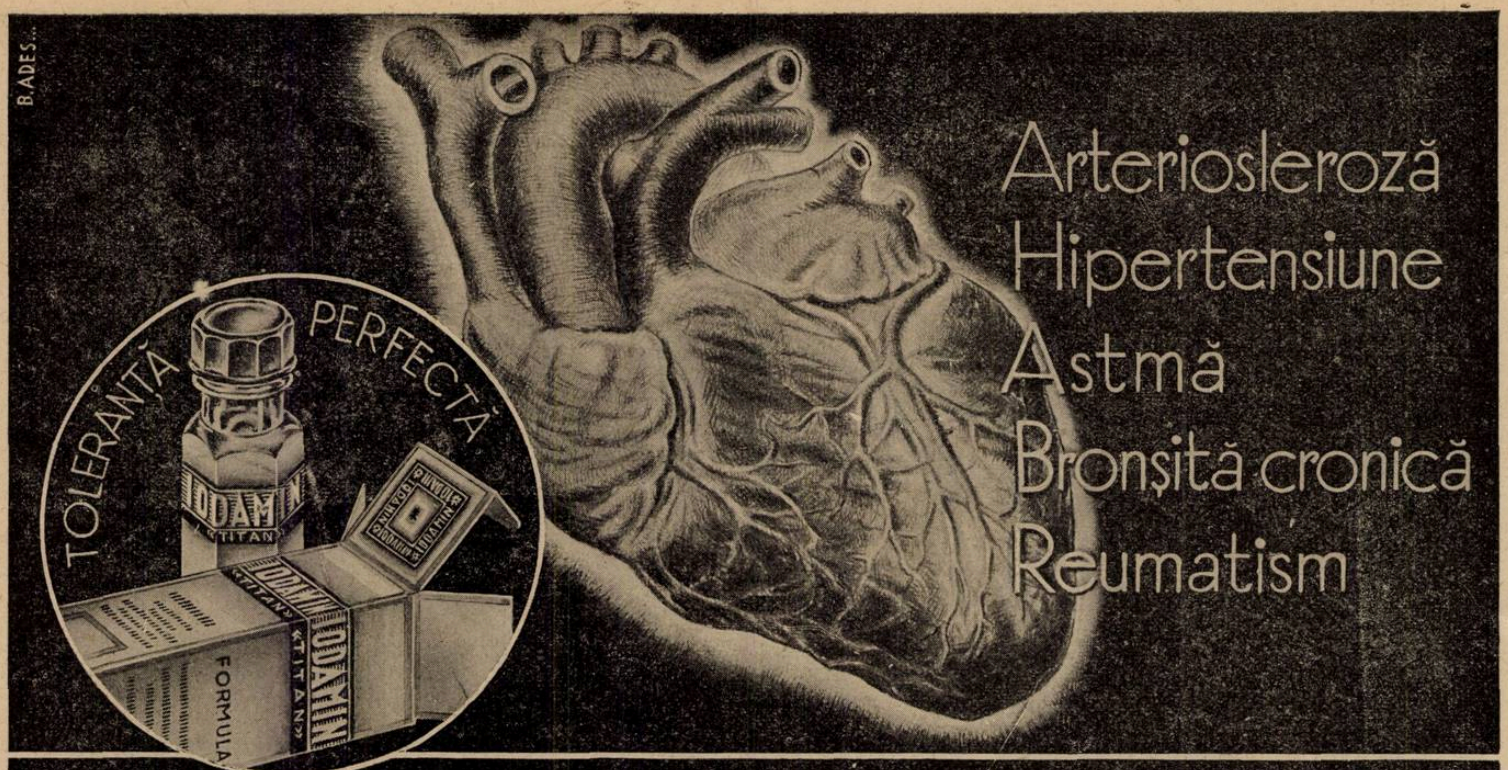
ANTISEPTIC, URINAR ȘI GENERAL

NEOHEXAL

în toate procesele infecțioase ale căilor urinare,
precum și în gripe și răceli

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



IODAMIN

«TITAN»

FIOLE **PICĂTURI**

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s. a. r. Avram Iancu 32, București IV. Tel 5.51.51

In toate afecțiunile acute și cronice ale amigdalelor palatine și linguale a faringelui, a vălului palatin și al întregei mucoase buco-faringiene. Stomatite bismutice și mercuriale.

ANGINAL

Lacto-Fluorescein Bijod-Thymol

SOLUȚIE: o linguriță la un pahar cu apă călduță pentru gargară de 3—4 ori pe zi.

Literatură și eșantioane: Agenția Română Franceză Str. Constantin Moroiu No. 28.
Telefon 3.57.87

Anul XX No. 13-14 15 Lei Exemplarul 1 Iulie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Asistența pelagroșilor și profilaxia pelagrei endemice

Revistă critică

de Prof. dr. G. PROCA

1. — In lipsă de mai bine suntem deprinși să ne mulțumim cu «situații» sanitare aproximative, uneori dubioase ca în cazul pelagrei endemice. E semnificativ faptul că într'o revistă de specialitate, în același an, la interval de câteva luni, «evoluția numerică» a pelagrei este înfățișată prin cifre discordante, după cum se vede în tabloul următor.

PELAGROȘI (bolnavi noi și vechi)

Anul	După lucrarea 1	După lucrarea 2
1930	45144	30023
31	45718	49227
32	47647	51234
33	51994	55908
34	65028	67773
35	68105	73677
36	68500	73656
37	88944	95639
38	—	120701

Autorul lucrării 1 dă numărul pelagroșilor «oficial depistați» pe când în lucrarea 2 se arată că cifrele i-au fost procurate autorului de Institutul central de statistică. Insuși acest Institut, în al său **Anuar** pe 1937 și 1938 publică pentru anii 1931—1936 aceleași cifre pe care le-am reprodus aici în coloana 2 și observă că «sursa» lor **oficială** este direcțiunea sănătății din ministerul S. O. S., dar din partea ministerului se afirmă într'o publicație tot oficială că în 1938, — anul «ofensivei sanitare», — au fost înregistrați 84106 pelagroși, nu 120701 cum ar fi comunicat autorului 2 Institutul central de statistică.

Nepotrivirile constatate astfel nu infirmă concluziile absolut evidente pe care s'au ostenit să le tragă autorii și anume că «pelagra prezintă o evoluție numerică ascendentă» și că «numărul cazurilor este mereu în creștere». Tot atât de vădit reese din nepotrivirile semnalate că înregistrarea cazurilor de pelagră se face în condiții care explică la greșeli cam prea mari, ajungând până la 36000 unități în plus sau minus pentru un singur an.

Este drept că chiar aproximativă numărătoarea pelagroșilor, ani de-a rândul, poate indica nevoea mai grabnică de măsuri preventive, de și, după cum am arătat în altă parte, frecvența pelagrei nu stă obligator în raport direct cu gravitatea cazurilor. In același timp însă avem de observat că o profilaxie metodică a boalei trebue să purceadă dela unele elemente de bază, a căror cunoaștere exactă e strâns legată de numărul bolnavilor. Acest număr, ca și elementele conexe pe care se întemeează profilaxia antipelagroasă vor putea fi cunoscute mai precis prin două feluri de măsuri, și anume prin anchete **ad hoc** și prin asistența pelagroșilor cari au nevoe de ajutor medical.

2. — Intâiul pas hotărâtor spre o profilaxie rațională îl face vrând nevrând asistența bolnavilor. Unii pelagroși se vindecă spontan, odată cu îmbunătățirea regimului alimentar de iarnă, prin trecerea la dieta din celelalte anotimpuri. Pe de altă parte, după cum observă **G. Frontali** «dacă exceptăm formele recidivante, inveterate și nervoase grave, manifestațiile comune cutanate și intestinale recente sunt ușor înlăturate în practică» fără să fie nevoie de tratament medical. Cazurile de acest fel se vindecă **la spital** în puține săptămâni numai prin administrarea dietei obișnuite pentru convalescenți. In cazurile de vindecare spontană sau de remisiuni, cu atenuarea până la dispariție a manifestațiilor boalei, pelagroșii, în așteptarea vindecării nu umblă după ajutor medical la dispensare sau spitale, așa în cât ei trec neobservați. Pentru descoperirea bolnavilor de acest fel trebuesc făcute anchete la începutul sau în cursul primăverii, spre a recunoaște unde se ivesc și lucrează anumiți factori pelagrogeni, ca să se intervie la vreme cu măsuri de profilaxie antipelagroasă.

Alături de grupul pelagroșilor ușor curabili, chiar și fără tratament medical, stă grupul celor cari au neapărat nevoe de asistență medicală. După documentele publicate oficial abea dacă sunt asistați 50 la sută din pelagroșii grav bolnavi cari mor în cursul unui an. Din 2545 bolnavi de pelagră cari au murit de această boală în 1940 sunt înregistrați «cu tratament medical» în tabelele de deces 1248, adică 48.9 la sută; pentru 1938, în mediul rural singur, au murit de pelagră 2986 bolnavi dintre cari cu tratament medical 1488, sau în medie 48.5 la sută.

Acum doi, trei ani ministrul sănătății de pe vremuri ne încredința că pelagra căreia nu-i erau rezervate în țară de cât 200 locuri (sic) va avea un spital **nou** pentru pelagroși la Pitești, cu o capacitate până la 400 paturi. Dar în 1941, și astăzi încă, se găsesc în ființă numai trei spitale **vechi** de pelagroși: Coșula din jud. Botoșani cu 20 paturi, Păncești din jud. Roman cu 60 paturi și Balș din jud. Romanați cu 50 paturi, în total 130 paturi, de și capacitatea maximă a acestor 3 spitale ajunge la 220 paturi.

Mișcarea bolnavilor internați în cele trei spitale de specialitate nu se publică, dar presupunând că ele funcționează în plin și admițând că durata curei e scurtată excesiv, la o lună de pildă, abea dacă ar fi asistați 2640 pelagroși pe an. Față de cei 84000 înregistrați în 1938 am avea numai 3.2 la sută din acești bolnavi îngrijiți în spitalele de pelagroși. Să nu uităm însă că în același timp primesc bolnavi de pelagră 78 servicii de boli interne, cu 4135 paturi, ca și serviciile (6) de boli mintale și nervoase cu 607 paturi, precum și spitalele de boli mintale (11) cu 4370 paturi. Ceeace e regretabil și păgubitor e faptul că, atunci când se publică mișcarea bolnavilor din serviciile și spitalele de boli interne, nu se dă un loc aparte bolnavilor de pelagră, cu gruparea lor deosebită după vârstă, sex, forme clinice, letalitate și zile de cură în fiecare an.

Pentru anii 1937 și 1939 cunoaștem cazurile de pelagră cu psihoze tratate în spitalele și serviciile de boli mintale, datorită lucrărilor publicate mai de curând. Intr'o voluminoasă lucrare oficială se afirmă că «una din bolile care mai fac progrese uimitoare la noi în țară este pelagra, ale cărei consecințe dezastruoase începem să le simțim din ce în ce mai mult, **pelagroșii fiind aceia ce oferă cele mai multe cazuri de alienație mintală.** In această privință prof. **C. Parhon** arată că în 1937 au eșit din spitalele de alienați, — exceptând Institutul din București, — 4864 bolnavi, dintre cari

501 bolnavi de pelagră cu turburări mintale. Procentele cele mai ridicate privesc psihozele de altă natură, de pildă cele paranoice şi paranoide (19-5 la sută) şi psihozele afective (18.0 la sută); **pelagroşii cu psihoze reprezintă numai 10.3 la sută din totalul bolnavilor eşiţi.**

Statistica Institutului din Bucureşti dă pentru pelagroşi 3.9 la sută, pe când psihozele afective, de ex., figurează cu 19.9 la sută. Procente mai mari de pelagroşi cu turburări psihice se întâlnesc la Socola-Iaşi (14.4 la sută), la Costiugeni-Chişinău (14.9 la sută) şi la Cernăuţi (16.0 la sută). Din 100 pelagroşi eşiţi din spitalele şi serviciile de boli mintale, afară de Bucureşti, au fost vindecaţi 10.5, ameliorati 49.9 şi morţi 28.3 în anul 1937.

Prof. P. Tomescu, spre a vedea care sunt bolile mintale cu o mai largă răspândire în mediul rural, a cercetat din punct de vedere al diagnosticului bolnavii ţărani internaţi în serviciul I clinic din Spitalul Central în cursul anului 1939. Procentual sunt ma numeroase psihozele toxi-infecţioase cu 44.67 la sută din totalul bolnavilor; în rândul acestor psihoze autorul enumeră cele produse de sifilis cu 17.65 la sută, de alcoolism cu 14.99 la sută şi **de pelagră cu 5.21 la sută.**

Dacă oficialitatea, reprezintată prin însuşi ministrul Sănătăţii din acea vreme, afirma în 1939 că pelagra dă cele mai multe cazuri de alienaţie mintală, trebue să'i căutăm scuza în faptul că, în materie de sănătate publică. ne lipsesc adesea izvoarele de informaţie sigură, de care avem nevoe.

3. — In împrejurările de până astăzi nu se putea urmări regulat mişcarea bolnavilor. Cu toate acestea nimeni nu se îndoeşte că frecvenţa internărilor şi a reinternărilor, formele clinice predominatoare, durata curei de spital, procentele de vindecări, ameliorări şi decese variază după timp şi loc, şi în acest fel în tabelele de mişcarea bolnavilor de pelagră asistaţi în spitale s'ar oglindi oscilaţiile, de la an la an, ale întinderii şi gravităţii endemiei pelagroase, după judeţe sau regiuni.

Ca să putem urmări bine mersul pelagrei, observaţiile luate la patul bolnavului, având să servească la alcătuirea tabelelor, ar trebui să se conducă de un formular sau chestionar tip, spre a răspunde câtorva întrebări precise, din care nici una să nu fie uitată

Un medic în curent cu etiologia şi epidemiologia pelagrei va şti totdeauna cum să-şi conducă interogatoriul şi cum să examineze obiectiv bolnavul, aşa încât să poată însemna în foile de observaţie toate răspunsurile şi constatările necesare, dar în general observaţiile clinice lasă de dorit, dacă sunt considerate ca material destinat să fie folosit pentru lucrarea unei statistici sanitare.

O călăuză bună, în cazul pelagrei, o constitue formularul propus de plasa de demonstraţie **Tomeşti** (Iaşi). Elementele de trecut în observaţia clinică sunt: sexul, etatea; antecedentele generale; antecedentele pelagroase, cu anii în care s'au produs; tratamentul urmat atunci; atacul prezent, felul cum a început; data apariţiei erupţiei. **Ca examen obiectiv:** data etamenului; simptomele cutanate, — simplu eritem, leziuni mai înaintate, fisuri, leziuni pemfigoide, îngroşare, leziuni atrofice, — şi localizarea lor pe faţă, gât, piept, etc. Apoi simptomele digestive, — inapotenţă, leziuni bucale, arsuri gastrice, diaree, constipaţie. Simptomele nervoase; turburările mintale; turburări generale, — debilitate, cachexie, adinamie, boli asociate. Tratamentul şi observaţii diverse.

Unii clinicieni din Italia trec în observaţie şi regimul alimentar obişnuit, mai ales cel de iarnă; de-asemenea notează existenţa pelagrei la alţi membri ai familiei şi urmăresc evoluţia boalei subt înrâurirea tratamentului în tot timpul îngrijirii în spital. Se caută şi se dozează **porfirinele** în urină şi în sânge.

Statistica pelagroşilor **asistaţi**, coordonând însemnările care sunt trecute în rezumat din foile de observaţie în fişe sau buletine individuale-tip ar duce la concluzii conforme cu realitatea şi astfel ar lumina calea celor mai potrivite măsuri de profilaxie antipelagroasă, dar o asemenea statistică, sprijinită solid pe observaţii clinice. întârzîază să apară la noi.

4. — Asistenţa medicală a pelagroşilor ne-a interesat foarte puţin, dacă e să judecăm după publicaţiile oficiale apărute în cei din urmă ani. Voluminoasa lucrare a ministerului S. O. S. **«Probleme şi realizări»** consacră chestiunii exact două rânduri şi un sfert. In **Buletinul Sănătăţii** din 1941 se arată, pentru fiecare din cele 3 spitale de pelagroşi, numărul paturilor ca şi capacitatea lor maximă de spitalizare, dar mişcarea bolnavilor din aceste spitale nu a fost publicată de la reapariţia Buletinului. Un alt periodic oficial, — **Buletinul demografic al României** completează în fiecare lună rubrica «cu tratament medical» dând procentul bolnavilor morţi din cauza pelagrei, cari au fost asistaţi de medic, cel puţin în faza ultimă a bolii, şi probabil la spital. **Anuarul statistic al României pe anii 1937 şi 1938** înfăţişează în tabela 74 gruparea bolnavilor **noi** de pelagră din perioada 1931—1936 după vârstă, profesiune şi formele clinice ale bolii; o notă de la sfârşitul tabelei arată **sursa:** direcţiunea sănătăţii din ministerul S. O. S. Din altă notă aflăm că în tabelă sânt trecuţi «numai bolnavii **semnalaţi** de serviciile sanitare şi spitalele Statului», sau după textul francez «seulement les malades **présentés** aux services sanitaires» etc. S'ar înţelege că e vorba de pelagroşi **asistaţi** dar în tabela citată, ca şi în toate celelalte din cap. **Higiena şi sănătatea** nu se găsesc indicaţii asupra felului de asistenţă medicală care s'a dat bolnavilor de pelagră, nu se văd nicăeri rezultatele obţinute sau zilele de cură, nici numărul consultaţiilor la dispensare, etc., adică lipsesc constatările trebuitoare spre a se cunoaşte exact situaţia asistenţei medicale a pelagroşilor. **Anuarul statistic** pe 1939 şi 1940 ne informează şi mai puţin; pelagra este trecută cu 28350 bolnavi în anul 1938 (probabil bolnavi **noi**), repartizaţi pe judeţe şi provincii în tabela 77, cu o singură indicaţie, a sursei: Institutul central de statistică.

In schimb asistenţa pelagroşilor cu psihoze se găseşte expusă cu amănunte interesante în lucrările pe care le publică serviciul I clinic din Institutul central de boli mintale. Folosind acest izvor aflăm, de pildă, că numărul bolnavilor de pelagră cu turburări psihice «înregistraţi la Spitalul central,» a scăzut simţitor după trecutul războiu mondial, aşa cum vădesc următoarele cifre:

de la 1902—1916 **(15 ani)**...	
„ „ 1920—1935 „ ...	
194 cazuri înregistrate;	
95 „ „	

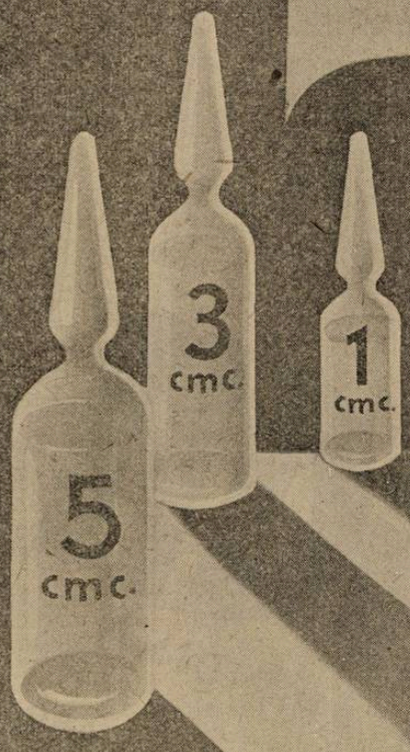
Clinica de psihiatrie a îngrijit în 1938 numai 20 pelagroşi, — 7 bărbaţi şi 13 femei, iar în 1939—40 un număr de 40, din care 19 bărbaşi şi21 femei.

Totalul zilelor de cură, — 1799 pentru 20 bolnavi în 1938 dă **media de 90** zile, pe când cele 2081 zile de cură pentru 40 pelagroşi în 1939/40 dau **media de 50 zile.** Durata curei s'a micşorat subt înrâurirea tratamentului nicotinic **(P. Tomescu** şi elevi).

Cazurile care au nevoe de o cură lungă, de peste 100 zile în spital, sânt relativ mai numeroase în 1938, după cum arată cifrele:

Durata curei	1938	1930-940
Până la 30 zile	4 cazuri	21 cazuri;
De la 31-60 „	5 „	7 „
„ „ 61-100 „	4 „	8 „
„ „ 101-200 „	5 „	2 „
„ „ 201-300 „	2 „	2 „
Total	20 „	40 „

CARDIAZOL



ca **analeptic**

medicament al circulației și stimulent respirator.

1-2 cmc. subcutanat, intramuscular sau intravenos, la nevoie la fiecare ½ sau 1 oră.

ca **reanimator**

în narcoze și intoxicațiile grave.

2-3 cmc. intravenos și 3-5 cmc. intramuscular.

pentru **spasmoterapia**

din schizofrenie.

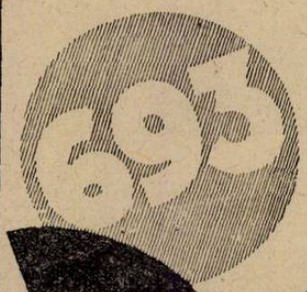
5 cmc. intravenos (1 cmc. pe secundă).

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN.

KNOLL S.A.R., Str. Atena 29, BUCUREȘTI 3.

Chimioterapie antibacteriană

PNEUM
MENING
GON
STREPT
STAFIL



Dagénan

SULFAPIRIDINĂ
α (P.amino-benzen sulfamido)-piridină

COMPRIMATE DOZATE LA 0.50g

doza medie la adult în primele zile:

3 grame, şi mai mult în cazurile grave, şi anume în doze fracţionate de câte o jumătate de comprimat.

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC Frres & USINES du RHÔNE

21, RUE JEAN GOUJON · PARIS · 8e

Propaganda Medicală „SPECIA" Str. Anastasie Simu, 6 — Bucureşti III

Repartizarea după vârstă şi sex a celor 60 pelagroşi cu turburări psihice din serviciul prof. **P. Tomescu** (1938—1940) duce la următoarele constatări interesante:

Vârsta	Bărbaţi	Femei	Total
18—30 ani	1	10	11
31—40 „	12	11	23
41—60 „	13	13	26
Total	26	34	60

Cu alte cuvinte frecvenţa psichozelor pelagroase stă în raport direct cu vârsta: din 100 pelagroşi cu turburări mintale 18.33 au vârsta între 18 şi 30 ani, 38.33 între 31 şi 40 ani şi 43.33 vârsta de 41—60 ani. In tinereţe, până la 30 ani, femeile pelagroase prezintă turburări psihice mai frecvent de cât bărbaţii, aceştia în proporţie de 1 din 26 (3.84%), iar femeile în proporţie de 10 din 34 (29.41%).

Pentru cazurile în care durata bolii a putut fi precizată, — 52 din 60, — se constată că pelagra cu turburări mintale este mai persistentă la femei, ceeace arată cifrele următoare:

Cazuri **noi** (cu durata până la un an)
13 femei şi 14 bărbaţi!
„ **vechi** (şi recidive)
17 femei şi 8 bărbaţi.

Repartizarea **vindecărilor** după sex face să reiasă gravitatea mai mare a psichozelor pelagroase la femei: pe când din 21 femei prezentând turburări de acest fel s'au vindecat 10, din 18 bărbaţi cu psichoze pelagroase au eşit vindecaţi 16 în 1939/40 după aplicarea tratamentului nicotonic.

Din concluziile formulate aici şi reproduse mai mult ca exemple, rezultă că studiul statistic al observaţiilor clinice dă faptelor un înţeles care nu ar fi eşit la iveală dacă am fi privit izolat, fiecare caz în parte. In acelaş fel folosite, informaţiile referitoare la toţi pelagroşii asistaţi, — în presupunerea că ar fi tocmai cele necesare, ar constitui materia primă a unor cercetări de statistică sanitară, cu ajutorul cărora s'ar descoperi în ce situaţie se găseşte în fiecare an asistenţa medicală a pelagroşilor; aceleaşi cercetări ar servi să întregească, şi poate să corecteze în unele privinţi studiul epidemiologic al pelagrei.

5. — In ordine firească măsurile de asistenţă medicală a pelagroşilor preced profilaxia antipelagroasă. Se înţelege că trebue să intervie altă asistenţă, acordată la timp marei mulţimi a pelogroşilor cari au nevoe de ajutor medical şi totodată o asistenţă riguros supravegheată din punct de vedere clinic şi statistic. Un control sever devine cu atât mai necesar, cu cât astăzi avem la îndămână un tratament nou al pelagrei, cu preparate nicotinice.

După cum se ştie rezultate bune au fost dobândite în străinătate şi la noi cu acidul nicotinic şi amida acestui acid, după ce s'a demonstrat că ac. nicotinic exercită o acţiune identică cu acţiunea «substanţei antipelagroase» din alimente. Se impune deci să se încerce noul tratament în toate spitalele, sau poate mai bine numai în unele spitale anume alese, spre a putea trata fiecare un număr mai însemnat de pelagroşi. Experienţa întreprinsă sistematic în aceste spitale va servi apoi când tratamentul va putea fi aplicat bolnavilor la dispensare, şi chiar în satele cu mulţi pelagroşi, acolo unde vizitele medicale sunt destul de frecvente.

In presupunerea că tratamentul cu amida acidului nicotinic, — preparatul recomandat special, — ar da rezultatele aşteptate, s'ar înregistra un succes de **medicină preventivă:** cel puţin atenuarea endemiei pelagroase din fiecare an; procentul vindecărilor s'ar ridica şi s'ar întâlni mai rar acele forme grave de pelagră, cu anumite complicaţii şi asociaţii morbide, pe care le aduce inevitabil persistenţa îndelungată a bolii. Dar reuşita tratamentului nicotinic poate fi compromisă de diverse împrejurări, dintre care cel puţin una e bine cunoscută. Experimentatorii au constatat, întâiu la animale, că sunt substanţe alimentare, ca mălaiul şi grişul de grâu, care inactivează în organism ac. nicotinic. Faptul se confirmă şi pentru om în centrele de pelagră endemică, bolnavii al căror regim alimentar este pelagrogen pot fi apăraţi de boală numai dacă preparatele nicotinice le sunt administrate **zilnic;** în spitale, cu dieta comună, vindecarea pelagroşilor se obţine destul de rapide, medicamentul fiind dat **la intervale,** ca şi când în aceste din urmă condiţii nicotinamida s'ar fixa şi acumula în organism, rămânând activă, pe când subt înrâurirea regimului maidic acidul nicotinic, chiar dacă ar fi reţinut, s'ar găsi inactivat.

Pe când alimentele care pot neutraliza ac. nicotinic sunt excepţional de rare, există destul de numeroase alimente care exercită o acţiune antipelagroasă manifestă, atribuită acidului nicotinic sau nicotinamidei, deşi nu s'a dovedit că virtuţile antipelagroase ale alimentelor se datoresc exclusiv factorului PP, identificat cu ac. nicotinic. După diferiţi autori, şi mai ales după cercetările lui **Sebrell** conţin multă substanţă antipelagroasă, adică apără mai activ de pelagră: carnea în genere, — de vacă, porc, găină, epure; viscerele, — ficat, rinichi, creer; peştele, ouăle, laptele; pătlăgelile roşii, mazerea verde şi cea uscată, fasolea verde şi spanacul. Insoţit de acest fel de **alimente antipelagroase** regimul maidic încetează să fie pelagrogen, iar tratamentul nicotinic este susţinut şi întărit.

Pe lângă insuccesele tratamentului datorite unoeri regimului alimentar defectuos, pot exista insuccese explicabile prin gravitatea, sau prin vechimea bolii, când s'au produs leziuni ireversibile. In alte cazuri nu se văd lămurit condiţiile care micşorează sau opresc acţiunea terapeutică a ac. nicotinic; pentru această categorie de cazuri explicarea ar putea fi dată de cercetările care s'au făcut asupra etiologiei şi patogeniei pelagrei, arătând rolul porfirinelor şi al metabolismului porfirinic în geneza şi evoluţia boalei.

Pornind de la aceste cercetări am avea să distingem 3 faze în evoluţia pelagrii: una de pregătire, sau faza de **prepelagră;** a doua faza activă, adică atacul propriu zis şi a treia fază de latenţă, care urmează după un atac vindecat incomplet, numai aparent. Substratul simptomelor puţin caracteristice din prima fază, — cefalee şi ameţeli, indispoziţie, adinamie, turburări digestive, — pare să fie o turburare a metabolismului porfirinic, cu depunerea unui exces de porfirine mai ales în piele, eritrocite, tub digestiv, poate centri nervoşi. In faza de atac s'ar observa mobilizarea anomală a pigmentului porfirinic şi defectuoasa lui utilizare sau transformare, ceeace se recunoaşte după apariţia unei porfirinurii mai pronunţate. In sfârşit faza de latenţă ar corespunde unei simple atenuări a turburărilor de metabolism porfirinic, determinând creşterea lentă a depozitelor de porfirine, care nici nu se deşertaseră în întregime.

S'ar putea ca eficacitatea variabilă a tratamentului nicotinic să atârne de faza în care se găseşte boala, în momentul când se instituie acest tratament. Orcât de ipotetice sunt aceste vederi, ele pot fi supuse controlului experimental; când, de pildă, un atac de pelagră se prelungeşte cu tot tratamentul nicotinic, ar fi de încercat un tratament adjuvant care să mobilizeze şi să elimine mai repede porfirinile din organism (Un regim acidifiant, de ex. sau o sare de magneziu). Eficacitatea tratamentului adjuvant ar controla ipoteza. Oricum fie, gruparea cazurilor luate în tratament, după faza în care se găseşte atunci boala, ar permite să se vadă dacă procentele de

succese variază în raport cu fazele considerate.

Anemia pelagroşilor, pe care tratamentul nicotinic nu o influenţează, va trebui combătută cu preparate care conţin fer şi săruri de cupru, cu atât mai mult cu cât ferul, ca şi cuprul, dau cu porfirinele complexe metalice lipsite de acţiune fototoxică.

6. — Subt altă formă se recurge la medicina preventivă pe alocurea în Statele Unite, unde sunt trataţi cu ac. nicotinic şi nicotinamidă şi **locuiorii sănătoşi** expuşi să se îmbolnăvească de pelagră din cauza regimului alimentar obişnuit în centrele de endemie pelagroasă. Se obţin rezultate uneori satisfăcătoare, dar în genere se observă că tratamentul nicotinic singur nu împiedică acţiunea pelagrogenă a regimului maidic, sărac nu numai în vitamine sau factori de felul ac. nicotinic, ci şi în principii nutritive şi pe deasupra toxic în oarecare măsură. Avem astfel motive să punem la îndoială eficacitatea terapiei nicotinice, întru cât priveşte prevenirea pelagrei. In locul măsurilor de medicină preventivă se impun mijloace de profilaxie propriu zisă, mijloace şi intervenţii care, — după cum se ştie de multă vreme, — nu sunt de natură medicală.

Dacă pelagra nu se mai întâlneşte endemic în Franţa şi Spania, de ex., şi dacă endemia pelagroasă dispare subt ochii noştri în Italia, nu terapia sau medicina preventivă au făcut să se ajungă la acest sfârşit. Se înţelege că atunci când privim pelagra ca o simplă avitaminoză, produsă de lipsa unui factor indispensabil (ac. nicotinic) va trebui să conchidem că adăugirea acestui factor raţiilor zilnice va preveni pelagra. Dar după cum am arătat în altă parte, regimul maidic devine pelagrogen numai dacă substanţa fototoxică introdusă în organism nu e neutralizată de acţiunea alimentelor antipelagroase. Lipsa acestor alimente înseamnă o carenţă multiplă de substanţe necesare, macro şi microchimice, inclusiv ac. nicotinic, şi adăugirea acestuia singur nu împlineşte toate lipsurile.

Din punct de vedere doctrinal profilaxia antipelagroasă se prezintă astfel cu două soluţii: **sau corectăm cu ajutorul unui medicament regimul pelagrogen, sau îl completăm cu alimentele antipelagroase, de care e lipsit.** In sprijinul acestei din urmă soluţii avem o doctrină nouă, precum şi rezultatele unei experienţe îndelungate, care confirmă doctrina. Intre cele două soluţii alegerea e uşoară, cel puţin teoretic; în practică se ivesc greutăţi de realizare, şi tocmai aceste greutăţi au îndemnat pe specialişti să încerce a preveni o boală socială, ca pelagra, numai cu preparate de farmacie.

Măsurile de profilaxie care se impun decurg din **asanarea vieţii economice** în general şi mai ales la ţară: întrebuinţarea raţională a braţelor şi a capacităţii de muncă, stârpirea şomajului rural şi a pauperismului însoţitor, activarea producţiei, sporirea veniturilor şi ca urmare firească un standard de viaţă ridicat la nivelul cerinţelor muncitorului civilizat de astăzi.

Tratând despre factorii pelagrogeni ajutători am arătat cât de însemnat este rolul sărăciei în producerea endemiei pelagroase. Independent de neştiinţa locuitorilor, starea lor materială face ca regimul maidic obişnuit să fie, sau să nu fie pelagrogen. In aceste condiţii s'ar părea că medicii ar fi scutiţi să se ocupe de profilaxia pelagrei; de fapt, asanarea vieţii economice la ţară, când e vorba să ducă la stârpirea endemiei pelagroase, presupune colaborarea cu medicii, de oarece studiile acestora stabilesc întinderea şi gravitatea pelagrei endemice, şi tot medicii supraveghează mersul sănătăţii publice subt înrâurirea condiţiilor externe de tot felul, inclusiv cele economice şi sociale.

Pe baza cercetărilor epidemiologice, întreprinse de medici, s'au introdus în Italia unele măsuri de **asistenţă socială**, ca «locandele», «mesele», sau cantinele care dau o masă gratuită pe zi muncitorilor fără ocupaţie din satele de pelagră endemică; masa e compusă din supă, carne, legume şi lapte. Aşezarea locandelor, sau a pensiunilor sanitare deschise temporar primăvara, este hotărâtă de medici; în pensiuni primesc consultaţii pelagroşi cu forme clinice uşoare, şi în acelaş timp se dă bolnavilor şi o alimentaţie bună. **(A. Perroncito).**

Ce rezultate au putut fi obţinute în Italia prin măsuri de asistenţă socială şi de asanare a economiei naţionale ne arată pe scurt **G. Frontali** reproducând următoarele cifre ale statisticei italiene: «numărul pelagroşilor a scăzut de la 104067 în anul 1881 la 7927 în 1906, la 2176 în 1910 şi la 66 **(şaizeci şi şase)** cazuri **noi** în tot Regatul în anul 1923». In ultimii ani cazurile **noi** s'au înmulţit întru câtva, numărul lor crescând de la 298 în 1932 până la 338 în 1936. După autorul italian aceste «rezultate impunătoare» se datoresc ridicării standardului de viaţă al populaţiei rurale, în urma măsurilor luate de Guvernul naţional.

Dintre aceste măsuri instituţia locandelor **tipicamente italiană»**, are avantajul că vine în ajutorul ţăranilor, ameninţaţi sau uşor atinşi, în comunele lor, aproape de familie, fără să-i ea de la ocupaţiile lor eventuale, şi cu o cheltuială mai mică de cât în spitale sau pelagroserii **(G. Frontali).**

7. — Exemplul Italiei demonstrează că măsuri de ordine socială fac să dispară pelagra endemică; rezultatele pe care le dă în Statele Unite tratamentul **preventiv** cu preparate nicotinice sânt puţin satisfăcătoare, după **G. Frontali.**

In aşteptarea asanării economice medicii caută să se intereseze de latura socială a profilaxiei antipelagroase întru cât aşezămintele de asistenţă ar fi destinate pelagroşilor şi locuitorilor ameninţaţi de pelagră. In unele centre de endemie ar fi să se înfiinţeze, ca în Italia, **cantine sau pensiuni temporare** după indicaţiile epidemiologiei şi subt conducerea, sau cel puţin controlul medicilor; mesele gratuite cu alimente antipelagroase ar fi să se dea de preferinţă iarna şi la începutul primăverii; între beneficiari ar fi înscrişi pelagroşii cu diagnosticul stabilit de medic, iar ca ameninţaţi ar fi asistaţi membrii familiilor de pelagroşi şi locuitorii săraci, în neputinţă să şi procure singuri alimentele antipelagroase necesare.

Spitalele speciale de pelagroşi ar putea servi asemenea ca pensiuni temporare în timpul ernii şi pentru locuitorii ameninţaţi de pelagră. In acelaş scop şi în aceleaşi condiţii de timp ar fi să se recurgă şi la **cantinele şcolare** în judeţele cu populaţie în parte foarte săracă, expusă mai mult pelagrei, ca în unele judeţe din şesul Prutului şi al Siretului: Iaşi, Fălciu, Roman, Tutova şi Tecuci, de pildă.

Tot potrivit cu arăturile epidemiologiei instituţiile de asistenţă din centrele de pelagră endemică ar avea să intervie mai atent în ajutorul femeilor, expuse să se îmbolnăvească mai frecvent şi mai grav de cât bărbaţii.

In toate cazurile, ca şi în spitale, s'ar însemna în fişe sau buletine individuale observaţiile asistaţilor, — bolnavi şi sănătoşi, — spre a se urmări şi aprecia rezultatele asistenţei lor temporare.

Până astăzi asemenea măsuri de asistenţă socială au fost rareori aplicate la noi. Acum vreo 40 de ani **prof. dr. N. Manolescu**, pe atunci director general al serviciului sanitar, înfiinţase o cantină şi o brutărie în satul **Burueneşti** din comuna Dolheşti (jud. Roman). Această instituţie, cu direcţia tehnică a căreia fusesem însărcinat, procura **gratuit** pâine şi câte o masă pe zi (preparată cu alimente antipelagroase) pelagroşilor şi fami-

Pentru tratamentul tuturor afecțiunilor alergice consecutive defectuozității constituționale a peretelui intestinal, se administrează

TORANTIL

preparat standardizat pentru tratamentul stărilor alergice și intoxicațiilor intestinale, ca de exemplu: colită, colită ulceroasă, ulcer duodenal, astm bronșial, urticarie, coriză polenică, acnee, etc.

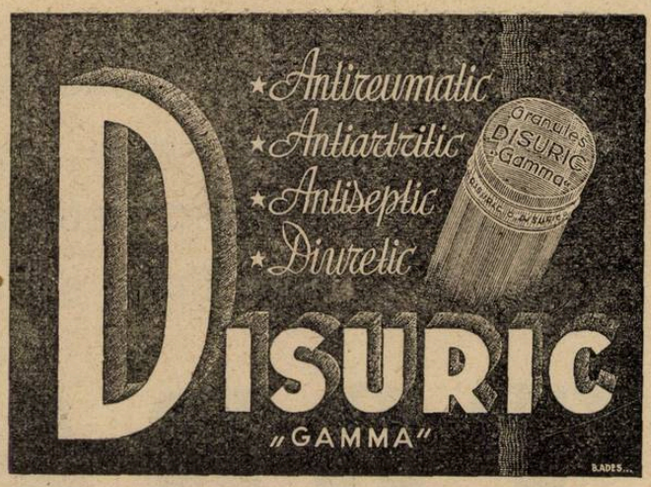
ADMINISTRARE PER OS ȘI PARENTERAL

Ambalaje originale:

Flacoane cu 20 și 150 drageuri.
Cutie cu 5 fiole + 5 fiole apă distilată steril.
Cutie cu 25 fiole cu pulbere.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A., București I, – Strada Brezoianu No. 53
TELEFON 3.92.86



OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru injecţii intramusculare, o fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3 pe zi.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

liilor lor, din satele apropiate recunoscute ca focare de pelagră endemică. Cantina şi brutăria au început a funcţiona târziu, pe la sfârşitul primăverii, când, — spre surprinderea medicului primar, — mai că nu se găseau cazuri de pelagră în faza activă, în satele pe unde cu câteva luni înainte medicul găsise un număr mare de pelagroşi. Incercarea nu a fost concludentă, şi nu a fost repetată, pentrucă rezultatele nu plăteau cheltuelile.

Pelagrozer a temporară din Doljeşti fusese bine aşezată în mijlocul unor sate bântuite de pelagră, dar se alesese rău timpul spre a se vedea efectele unei alimentaţi antipelagroase când perioada de pregătire a pelagrei trecuse, şi când cei mai mulţi bolnavi se vindecaseră spontan, sau se găseau în faza de latenţă a boalei. Dacă s'ar fi ţinut seamă de arătările epidemiologiei, poate că după 1903 s'ar fi înfiinţat şi alte **pelagrozerii temporare,** a căror activitate ar fi înrâurit mersul endemiei pelagroase, şi în tot cazul ar fi adunat un material de observaţii preţioase, putând servi cauza pelagrei, — în ceeace priveşte mai ales asistenţa şi profilaxia.

Ca să rezumăm în puţine cuvinte observaţiile înfăţişate în această revistă critică şi documentară constatăm că asistenţa pelagroşilor şi profilaxia antipelagroasă par să fi fost chestiuni care mult timp nu au preocupat serios autoritatea sanitară, ca şi când forurile superioare ar fi rămas cu impresia că pelagra este o sperietoare mai mult de cât o primejdie sau ameninţare adevărată; de altfel această impresie o dădeau exagerările unor medici cari susţineau cu patos, dar fără temeiu, că poporul român degenerează din cauza pelagrei.

Fapt este că la 50 de ani după ancheta întreprinsă în Vechiul Regat de ambulanţele rurale **(Dr. Sergiu)** numărul pelagroşilor, departe de a fi scăzut «impunător» ca în Italia în acelaş timp, se găseşte în creştere: în 1888 erau descoperiţi 10.626 pelagroşi (probabil bolnavi vechi şi noi), pe când în 1938 erau semnalaţi, tot în vechiul Regat, **numai ca bolnavi noi** 20.969, dar totalul bolnavilor de pelagră, — vechi şi noi, raportat la 10.000 locuitori rurali, dădea aproximativ 256 pelagroşi în 1888 şi peste 50 de ani 521, adică proporţional de două ori mai mulţi în 1938.

De şi am văzut la tot pasul că nevoea de informaţii exacte este imperioasă şi în afacerile sanitare, faptele ne silesc să conchidem că până mai eri nu se dădea atenţia cuvenită acestei nevoi. Aşa se face că prin decretul lege Nr. 1473 din April 1938 «Institutul central de statistică ce funcţionează pe lângă Ministerul Sănătăţii şi Ocrotrilor Sociale, este trecut la Ministerul Economiei Naţionale. Expunerea de motive constată, — cu drept cuvânt, că, fără o precisă documentare şi cunoaştere statistică a evoluţiei fenomenelor economice atât de complexe astăzi, nu se poate concepe — în organizaţia modernă — o raţională îndrumare şi supraveghere a economiei naţionale. De aceea s'a socotit ca o necesitate trecerea Institutului central de Statistică de la Ministerul Sănătăţii la acela al Economiei naţionale».

Parafrazând argumentarea acestei expuneri Ministerul Sănătăţii era în drept să afirme cu tărie că fără o precisă documentare şi cunoaştere statistică a evoluţiei fenomenelor **sanitare** nu se poate concepe o raţională îndrumare şi supraveghere a sănătăţii publice.

In trecut ceeace a lipsit de obiceiu autorităţii sanitare, — pe lângă siguranţa continuităţii, — a fost tocmai «precisa documentare», şi pentrucă ne-am ocupat în particular de pelagră, constatăm în rezumat că, dacă nu am ajuns la o raţională îndrumare şi supraveghere a măsurilor de asistenţă şi de profilaxie antipelagroasă, vina o poartă lipsa unei documentări precise, ca şi cunoaşterea numai aproximativă a pelagrei endemice.

Fără îndoială, asistenţa pelagroşilor are nevoe să fie mai bine organizată, şi pentru o mai bună organizare trebue să recurgem la serviciile statisticei **sanitare;** pe de altă parte fără un Institut sau oficiu de statistică **sanitară** supravegherea corectă a măsurilor de asistenţă şi de profilaxie nu este posibilă, aşa în cât situaţia pelagrei ar rămânea tot precară, cel puţin atâta timp cât ar întârzia asanarea economiei naţionale.

Poate că nu este prea de vreme să se recunoască şi la noi că statistica sanitară nu este lux, nici muncă deşartă, când ea concentrează şi coordonează mase mari de observaţii precise şi exacte; prelucrate statistic observaţiile devin cifre vorbitoare, şi acestea — puse în serviciul sănătăţii publice — răspund şi ne informează, dacă ştim cum să le întrebăm 1).

1) Pentru bibliografie şi pentru explicaţii mai amănunţite în unele chestii controversate să se vadă memoriile publicate în **«România medicală»** din 1940 şi 1941, şi anume. a) Mersul pelagrei endemice; b) Factorii pelagrogeni ajutători; c) Etiologia pelagrei şi d) **Porfirinele şi pelagra.**

* * *

Cu memoriul asupra asistenţii pelagroşilor şi profilaxiei pelagrei endemice se încheie seria revistelor critice şi documentare publicate aice chiar în chestiunea pelagrei, pe care o putem considera cu drept cuvânt ca **pelagra noastră.**

Etiologia şi patogenia bolii, cunoştinţele de epidemiologie, de medicină curativă şi preventivă, ca şi măsurile de profilaxie propriu zisă au fost examinate şi studiul lor ne-a dus uneori la concluzii sigure, mai adesea însă la întrebări şi la controverse, care cer să se întreprindă cercetări numeroase spre a se găsi răspunsuri şi soluţii mulţumitoare.

In chestiunea etiologiei şi a patogeniei pelagrei, dacă privim boala ca entitate morbidă de sine stătătoare, datorită totdeauna aceloraşi cauze, avem de ales între concepţia după care pelagra este o boală **toxi-carenţială** şi concepţia că boala este o **simplă avitaminoză,** sau poate un mozaic de carenţe multiple.

Cele mai multe fapte vin în sprijinul celei dintâi din aceste concepţi, deşi până astăzi nu s'au făcut toate cercetările necesare spre a se dovedi sigur existenţa unei substanţe fototoxice în toate soiurile de porumb, precum şi proprietăţile acestei probabile porfirine. In această privinţă, ceeace pare a fi bine stabilit este că nu un anumit fel de porumb, necopt sau alterat, ar putea fi incriminat că dă naştere pelagrei, cauza pelagrei este **regimul maidic necompensat,** lipsit de alimentele zise antipelagroase, capabile să împiedice în organism acţiunea pelagrogenă a porumbului.

Rolul pe care îl poate avea lipsa vitaminelor este studiat pe larg în etiologia «pelagrei», capitol larg deschis controverselor, mai ales când este vorba de aşa zisa vitamină PP, preventivă a pelagrei; rezervele formulate de noi impun cercetări mai întinse, cu atât mai mult cu cât ac. nicotinic, sub forma de amidă, este preconizat ca un medicament antipelagros specific.

O atenţie deosebită merită porfirinele al căror rol fiziologic şi patologic este expus în capitolul «porfirinele şi pelagra». Eritemul pelagros, şi chiar manifestaţiile psihice şi nervoase, sub dependenţa razelor solare, indică destul de lămurit intervenţia unor substanţe fototoxice, de natura porfirinelor, care de altfel se găsesc în cantitate mărită în urina pelagroşilor, cu deosebire în faza activă a boalei.

Tratând despre «mersul pelagrei endemice» şi despre «factorii ajutători», am subliniat lipsurile statisticelor noastre, după care abea dacă se pot studia **în condiţii mai satisfăcătoare puţine**

caracterele epidemiologice ale pelagrei noastre: morbiditatea, — cu numeroase lacune, retalitatea şi mortalitatea.

Rămâne de completat studiul epidemiologic al pelagrei cu ajutorul **statisticei sanitare**, evitând unele confuzii prejudiciabile, — cum este aceea care se face între **foştii** pelagroşi şi **vechi** pelagroşi, — şi înregistrând exact şi precis, odată cu numărul bolnavilor de pelagră **asistaţi**, sau cel puţin **examinaţi de medici**, şi observaţiile privitoare la aspectul clinic al boalei, împreună cu amănuntele care pot lumina etiologia şi mai ales epidemiologia pelagrei.

Oricare ar fi în alte privinţi impresia cititorilor, mi se pare că vom fi cu toţi de acord să recunoaştem că studiul pelagrei «mai poate să ispitească şi să se pue la lucru sagacitatea cercetătorilor».

Hemoragiile secundare şi plăgile de războiu

de Med. Lt. Col. Dr. **DUMITRESCU POPOVIC**
Medic Şef de serv. în Spit. Militar Central «R. E.»

Chestiunea hemoragiilor secundare în plăgile de războiu a făcut obiectul unui document raportat susţinut de Prof. **Cosăcescu** la recentul Congres de Chirurgie de Războiu de la Iaşi.

Anterior acestui raport publicat în fascicolă şi împărţit congresiştilor, d. Conf. Dr. **Barbelian** şi Dr. **Lupu**, au susţinut acelaş subiect la societatea Medico-Chirurgicală Interaliată din Iaş, după ce tot Prof. Dr. **Cosăcescu** tratase despre acest subiect în două comunicări anterioare în şedinţele Societăţii de medici şi naturalişti din Iaşi.

La discuţiile ce au urmat la raportul dela Congresul de Chirurgie de războiu au luat cuvântul şi reprezentanţii şcolilor de Anatomie Patologică din Bucureşti şi Cluj (Sibiu), Prof. Dr. **Crăciun şi Titu Vasiliu.**

Hemoragiile acestea secundare, ca complicaţii ale plăgilor de războiu s'au prezentat după afirmaţia raportorului, cu o frequenţă destul de importantă şi meritâ, credem noi, o mai amplă discuţiune şi în afara cadrului pur chirurgical.

La baza celor mai multor hemoragii secundare stă o cauză de ordin general — şi numai arareori poate fi încriminată o cauză locală, — care chiar dacă este prinsă, este greu de a o considera drept singură în vină.

Hemoragiile secundare se produc târziu după rănire, apar ca o complicaţie a plăgilor rupte, anfractoase şi pentru acest motiv sunt considerate drept complicaţii septice.

Hemoragiile se caracterizează prin o tendinţă la repetiţie — contra cărora din punct de vedere chirurgical nu este mare lucru de făcut.

Profesorul **Cosăcescu** afirmă că aceste hemoragii au fost observate cu mult mai frequente decât în războiul trecut — şi atribue aceasta chirurgiei cu mult mai puţin mutilante decât aceia practicată altă dată.

Se mai găsesc în acest raport, date foarte interesante asupra timpului de după rănire, când, când s'au produs hemoragiile observate. Mai rar în cursul primei săptămâni, foarte frequent în cursul celeia de a 2-a săptămână şi apoi iar mai rar în a 3-a şi a 4-a săptămână după rănire.

Abundenţa hemoragiei este variabilă, iar bacteriologii au găsit mai totdeauna în focarul de sângerare un streptococ hemolitic. Recidiva hemoragiei e capricioasă.

Ca medic şef al unui spital de tri'aj de primă linie pe unde s'au scurs numărul impresionant de 32.613 răniţi, hemoragiile secundare au fost rare, — câteva numai şi explicaţia este că prin spitalul nostru se evacuau numai răniţii din primele zile după rănire — şi mai rar cei ce stătuseră 8—10 zile la ambulanţe.

Ca specialist însă în afecţiunile tubului digestiv am adesea ocazie să observ hemoragii, care de cele mai multe ori, sunt luate drept secundare unui ulcer gastric sau duodenal.

Cu perseverenţă urmărind pe aceşti bolnavi care sângerează şi cărora de cele mai multe ori nici clinic, nici radiologic nu reuşim să le depistăm o leziune de ulcer, am băgat de seamă încă de multă vreme faptul paradoxal că ulceroşii propriu zis nu sângerează decât foarte rar.

Categoria acelora care fac melene (hematozele se observă destul de rar), şi care melene au o tendinţă evidentă la repetiţie — este categoria pe care noi i-am etichetat de «insuficienţi hepatici fruşti».

Un organism debilitat printr'o rănire largă care supurează, de multe ori infectat cu un steptococ hemolitic, obosit peste măsură de o evacuare la sute de km., cu camionul sau cu un motor sanitar — sfârşeşte să accentueze o insuficienţă frustă de ficat şi să provoace din senin o sângerare la nivelul rănirii — fără vreun motiv general sau local — în acel timp.

Uşurinţa hemostazei spontane şi greutatea de a descoperi exact vasul care a sângerat sau ţesutul care a dat hemoragia este perfect comparabilă cu capriciozitatea cu care se opreşe sau pornesc din nou hemoragiile digestive cărora nu le putem găsi nici nivelul şi nici cauza momentană.

Examenul morfologic al sângelui nu ne dă vreo indicaţie din care putem să conchidem nici în cele mai multe din hemoragiile digestive şi nu au rezultate concludente nici în cercetările făcute de chirurgi în cursul hemoragiilor secundare observate la plăgile de războiu. In cursul bolilor de ficat a fost descris un sindrom hemocrazic la cei cu insuficienţa celulei hepatice, dar ficatul, cu multilateralitatea funcţiunilor sale, ne prezintă cele mai neaşteptate surprize.

Acest sindrom hemocrazic a fost semnalat şi descris pentru prima oară de către **P. Emil Weil şi Bocage,** care atraseseră atenţia asupra faptului că în cursul insuficienţei hepatice se poate găsi o întârziere în coagulare, o prelungire a timpului de sângerare, care se poate prelungi până la durata de 10 minute şi în fine la pozitivitatea semnului laţetului. După aceşti autori, în cursul alterării parechimului hepatic s'ar întâlni destul de des acest syndrom hemocrazic. **Fiessinger** şi cu medicul român **Diaconescu** am pus în discuţie această chestiune şi au arătat că o sumă de bolnavi pot sângera şi totuşi sindromul acesta hemocrazic să lipsească complet. Chiar şi la cronici care sângerează şi care au semne clinice de alteraţiune a celulei hepatice sindromul acesta lipseşte de ce mai multe ori. Sindromul hemocrazic a fost mai adesea şi mai constant observat în cursul icterelor grave.

Din contră observatorii cari s'au ocupat mai în deaproape de hemoragiile digestive, au făcut remarca că în cursul majorităţii mari a hemoragiilor, sângele nu prezintă nici o modificare — care să explice sângerarea. Statisticele lui **Aubertin** şi mai târziu a lui **Harvier** — ca şi a autorilor germani — care numesc acest sindrom «diateză hemoragică» arată că deabia 1 la 16 din cazurile de sângerare prezintă şi o modificare a tabloului sanguin.

Ulcerele gastrice şi duodenale care altă dată erau aproape singure, incriminate drept cauză a hemoragiilor digestive, se constată azi tot mai rar în cauză.

Antalgine

DURERI POSTOPERATORII
CEFALEE POSTRACHIANESTEZICE
DURERI FULGURANTE TABETICE
DUPĂ PUNCȚIILE LOMBARE
DURERI TALAMICE
NEVRALGII CRIPTOGENETICE

COOPERATIVA UZINELE SANITARE
„Paulescu-Gerota-Şumuleanu"
Calea Griviței 67. Telef. 4.98.08

AUXO — BENZOTERAPIA PULMONARA

Benzocalcium

INDICAȚIUNI:

Tuberculozele pulmonare cronice
Infecțiunile pulmonare acute sau cronice

POSOLOGIE: 1—3 fiole a 10 cc. pe zi intravenos.
Prezentare, cutii cu 10 fiole a 10 cc,

Cooperativa Uzinele Sanitare «PAULESCU-GEROTA ŞUMULEANU» Calea Griviței 67. Telefon 4.98.08

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAȚIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid — Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

In schimb, insuficienţa hepatică, chiar frustă este tot mai des evidenţiată prin syndrome hemoragice digestive, apărute spontan şi de cele mai multe ori — ca primul semn al insuficienţei hepatice.

Căutând a cerceta la aceşti bolnavi, alte semne de insuficienţă hepatică — rezultatul rămâne cel mai adesa, negativ.

Găsim în schimb destul de constant o hipotensiune de 11—12 — la maximă — iar diferenţiala între tensiunea la brat şi între cea de la membrele inferioare mai crescută decât la normali. Asupra acestui semn — diferenţiala crescută — la aceşti indivizi predispuşi la sângerare — am insistat acum 6 ani într'un articol de revistă.

Un alt semn întâlnit destul de frecvent este scăderea rezistenţei la ruptură a capilarelor.

Pentru verificarea rezistenţei la ruptură a capilarelor, în clinică avem un semn destul de simplu, semnul laţetului. Se strânge cu un elastic deasupra plicei cotului — a individului de verificat — spre a se opri circulaţia venoasă — păstrând totuşi liberă circulaţia arterială. Ridicând legătura după opt minute, se observă apariţia de pete mici purpurice sub ligatură.

Am în serviciu, în momentul de faţă un soldat tânăr care după o asemenea ligatură, nu a făcut numai pete purpurice — dar chiar un edem cianotic a întreg antebraţului — care fără să fie vorba de o flebită a persistat 3—4 zile şi nu a cedat decât la poziţi declivă prelungită a membrului.

Inlocuind elasticul obişnuit cu o brăţară dela aparatul de tensiune arterială, Goethlin supunând la o variaţie de presiune de 35 miligrame, 50 miligrame şi 65 de miligrame, câte 1/4 oră, a observat apariţia petelor purpurii la toţi indivizii cu scăderea rezistenţei capilare.

Syndromul hemoragic nu are totdeauna nevoie să fie provocat căci scăfără vreo cauză, după cum a semnalat-o Hervier şi Maisson, apoi Fiessinger şi după cum am semnalat-o şi noi prin ajutorul gastroscopiei—în serviciul profesorului Ramond — la nivelul mucoasei gastrice.

In acest fel se explică mai uşor aceste hemoragii digestive, fie la nivelul stomacului fie mai des la nivelul mucoasei primelor porţiuni duodeno-jejunale.

Faptul are o importanţă mare căci ne explică mecanismul hematemezelor şi melenelor ce se observă în aceste stări «precirotice» cum le-am putea numi şi când nu este obligatoriu a găsi şi tulburare în cuagulabilitatea sanguină şi modificarea timpului de sângerare.

Fiessinger în special, a insistat între legătura strânsă dintre modificarea celulei hepatice şi scăderea rezistenţei capilare.

Această modificare de celulă hepatică chiar când este trecătoare, poate produce scăderea rezistenţei capilare.

Se obsearvă des lucrul acesta după tratamentul arsenical, după un regim prea bogat şi uneori după un simplu exces alimentar trecător.

Unul din bolnavii pe care-i urmăresc — ce a avut acum câteva luni o melenă foarte abondentă — şi care-şi controlează des hemoragiile oculte — mi-a semnalat prezenţa de reacţie Weber intens pozitivă ori de câte ori este invitat la o masă străină şi este obligat — a mânca ceva mai mult decât obişnueşte (ţinând bine înţeles un regim de 3 zile fără carne — înainte de a-şi cerceta materiile fecale).

Profesorul Cosăcescu afirmă că în războiul actual frecvenţa hemoragiilor secundare i s'a părut mai mare decât în războiul trecut deşi hemoragia secundară — aproape a dispărut complect, în chirurgia de pace.

Complicaţia aceasta de temut a plăgilor de război, rupte, murdărite chiar din momentul producerii şi tratate în condiţiuni — nu din cele mai fericite dela început — se produce numai ceva mai târziu după rănire — după cum reiese din statistica d-lui Profesor Cosăcescu — şi după cum am observat-o şi noi la cei peste 33.000 de răniţi îngrijiţi în primele zile dela rănire. In războiul actual s'a uzat pe o scară întinsă — aproape în unanimitatea cazurilor de sulfamide şi cu cât plaga a fost mai infectată şi supuraţia mai prelungită — cantitatea de sulfamide a fost mai mare şi mai mult timp administrată.

Ne întrebăm — dacă aceste substanţe lasă cu totul indiferentă celula hepatică — sau dacă nu există vre'o legătură de cauză la efect — apariţia hemoragiilor secundare — pe o scară mai întinsă — în actuala campanie decât în războiul trecut.

De sigur că această supoziţie nu trebuieşte să se ridice contra utilizării sulfamidelor — dar o administrare a lor mai prudentă nu ar aduce decât beneficii răniţilor.

In plus — să adoptăm o conduită terapeutică preventivă — la fel cu aceia pe care o indicăm noi pentru prevenirea repetării hemoragiilor digestive.

In aceste cazuri noi instituim terapeutica cu ficat, (vitamina K) extrase de ficat — asociate cu vitamina B şi C iar rezultatele sunt dintre cele mai mulţumitoare.

Cu revenirea primăverii — şi cu reluarea actiunilor militare pe o scară mai întinsă — această terapeutică preventivă — instituită — mai ales în spitalele de Z. I. tuturor celor cu o stare hepatică mai precară va reuşi într'o bună măsură să împiedice acest syndrom hemoragic secundar — de a se mai produce.

Hemoragiile secundare alee plăgilor de război nu trebuesc să fie atribuite numai anfractuozităţii şi stării septice locale ci mai mult ca o complicaţie de ordin general când starea de intoxicaţie generală atinge în special celula hepatică — pe un teren predispus la asemenea insuficienţe hepatice şi agravată a ceastă ţară, printr'o medicaţe prelungtă uneori peste limitele tolerabilităţii organice.

BIBLIOGRAFII

Docent Dr. Hans Baatz: Der Einfluss der Kastration auf das Krebswachstum: (Influenţa castrării asupra creşterii cancerului) Zentralblatt fur Gynäkologie No. II 1941

Docent Dr. Hans Baatz: Der Einfluss der Kastration auf das Krebswachstum: (Influenţa castrării asupra creşterii cancerului) Zentralbatt fur Gynäkologie No. II/1941.

D. Docent Dr. Hans Baatz, dela Frauenklinik, Universitatea din Berlin, bine cunoscut publicului medical din România, prin conferinţele ţinute în Bucureşti, — trimete câteva lucrări originale spre a fi cunoscute specialiştilor.

Lucrarea de mai sus, formează protocolul unor formaţiuni provizorii, în curs de desvoltare prin cercetările D-sale de laborator.

A executat castrarea animalelor de laborator masculin şi femeli, în trei epoce diferite a vârstei lor:

In epoca per-juvenilă, castrarea împedică formarea carcinomului mamar sau îi stânjeneşte creşterea.

In epoca funcţiunei genitale, s'a executat castrarea cu scop profilactic şi s'a constatat că formarea tumorilor grefate nu numai că n'au fost împiedicate să crească, ci din contră a contribuit la accelerarea creşterei lor.

Practic se pot deduce următoarele: Castrarea pre-juvenilă cu bune rezultate nu este aplicabilă; castrarea executată înainte de apariţia unui cancer mamar; în acelaş timp cu operaţia, sau la un interval oarecare după extirparea tumorei, nu împedică desvoltarea cancerului, ci din contra îi grăbeşte creşterea.

Concluzia: Castrarea nu este o metodă terapeutică salutară; se pare că această intervenţie creează în mediul hormonal, condiţiuni favorabile desvoltării cancerului.

Dr. G. VINTILĂ

Etiologia prematurității studiată pe 10372 noi-născuți

de Dr. SLOBOZIANU HORIA și de Dr. RAPOȚESCU SILVIU

In combaterea mortalității infantile, este nevoe să cunoaștem cât mai precis cauzele care o determină. Măsurile de îndreptare trebue să decurgă din constatările făcute și nu pot fi decât consecințele logice ale faptelor stabilite pe un număr cât mai mare de cazuri.

Vom da în lucrarea de față câteva date din studiul făcut asupra a 10.372 copii născuți dela 1937 la 1941 în clinica I. Obstetricală din București, de sub direcția d-lui Prof. D. Săvulescu. Din totalul noilor născuți, 1459 au fost prematuri (copii sub 2500 grame) și 2816 copii au avut o greutate între 2500 și 3000 grame. Dacă raportăm prematurii născuți vii la totalul copiilor născuți vii, constatăm că prematuritatea este de 13.2%, în timp ce copiii între 2500 și 3000 gr. au dat un procent de 29,4. Se vede de aici că 42,6% dintre copiii născuți vii în ultimii cinci ani, în Institutul Maternitatea, au avut o greutate subnormală. D. Dr. Axente Iancu a găsit pe 6658 noi născuți în Maternitatea Clinicei Obstetricale din Cluj pe intervalul 1919—1935 un procent de 41,92 copii cu greutate sub 3000 gr. Cifrele acestea pot fi mai ușor interpretate, dacă le comparăm cu procentul de prematuritate din alte țări. Roehmer găsește la Strasburg 6,68% de copii cu o greutate sub 2500 grame. Scarzella dă pentru clinicile din Italia 10.5%, în Maternitățile din Berlin găsim 11,5 și 11,8%.

In general, procentul prematurității pe întreaga țară este mai mic decât procentul dat de Maternități. In Germania el este de 6,6%, în Italia 8,3%, în Franța 9,1%, Anglia 10,6%. Elveția 11%. Procentul de 13,2% stabilit de noi în Institutul Maternitatea este cu mult superior procentului dat de Maternitățile din celelalte țări.

La cei 10.372 copii am avut o mortinatalitate de 8,2%. Din aceștia, copiii la termen au dat o mortinatalitate de 5,2%, iar copiii prematuri o mortinatalitate de 30,4%. Se vede de aici că mortinatalitatea prematurilor a fost de 6 ori mai mare decât a copiilor la termen. Mortinatalitatea lor este, bineînțeles, cu atât mai mare, cu cât sunt născuți mai departe de termen și cu greutate mai mică.

Copiii între 1000—1500 grame dau 40,58% născuți morți.

Copiii între 1600—2000 grame dau 29,70% născuți morți.

Copiii între 2100—2500 grame dau 29,70% născuți morți.

Prematurii născuți vii, în număr de 1119, au avut la naștere:

1000—1500 grame	15,23%
1600—2000 grame	26,72%
2400—2500 grame	60,05%

Cauzele care au determinat nașteri premature se pot împărți în:

Cauze obstetricale constatate în 8,02% din cazuri.

Cauze fetale 9.66% din cazuri.

Afecțiunile mamei 23.03% din cazuri.

Cauze necunoscute 59.29% din cazuri.

Cauzele obstetricale au fost malformații uterine ca uter cordiform, uter dublu (0,41%), decolări ale placentei (0,55%), traumatisme (0.68%), viciații pelviene (1,03%), care au necesitat operații cezariene. Placenta praevia a dat 5,35%, procent care este mai urcat decât celelalte cauze obstetricale la un loc.

In cauzele fetale intră monștrii, cu un procent de 0 55. Nașterile gemelare au determinat prematuritate în 9.11 la suta de nașteri premature. D. dr. Hoisescu (1925) găsește gemelaritatea în 8,9% din nașterile premature, cifră apropiată de cea constatată în lucrarea de față.

Ylpö dă pentru Germania o frecvență și mai mare de gemelari. După el 1/5 și chiar 1/3 dintre toți prematurii sunt gemelari. El dă un procent de 19,2 gemelari și 1.71 trigemelari.

Al treilea grup de cauze este constituit de **afecțiunile mamei,** care explică 23,0% % din nașterile premature. Printre acestea, afecțiunile renale au fost înregistrate în 1,44% din cazuri, eclampsia în 2,26%, afecțiunile cardiace 0,41%, afecțiunile pulmonare acute 0,71%, tuberculoza 1,17%, bolile infecțioase 0.89%.

Sifilisul a fost identificat în cele 1459 nașteri premature, studiate de noi în 235 cazuri, adică în proporție de 16,11%. Sifilisul în erupție (1.37%) și hidramniosul (1.30%) sunt manifestări mai rare. Mai frecventă apare reacția Bordet Wasserman (6.58%) și morții macerați (6,85%), cu rezerva că nu toți morții macerați sunt dați de sifilis.

Procentul de sifilis e mai mare la noi ca în alte țări. Ylppö găsește la Berlin sifilis la 3,9% din nașterile premature. Finkelstein 5,5%. In Franța se dă drept cauză de prematuritate un procent de 10—12%. Giulio Milio (1930) găsește în Italia 11,6%.

Rămâne un mare număr de nașteri premature (59.29%) care intră în **grupul cauzelor necunoscute,** în care nici anamneza și nici examenele făcute n'au putut preciza cauza prematurității. Ylpö dă și el un procent de 55,2 de cauze necunoscute în prematuritate, procent care nu diferă mult de cel găsit de noi. Avem încă atâtea necunoscute în fiziologia și patologia sarcinei, în care sunt încă în discuție influențele hormonale și problemele de avitaminoză.

In concluziune se poate spune că procentul de prematuritate de 13,2 stabilit de noi pe ultimii cinci ani în Institutul Maternitatea este odată și jumătate și chiar de două ori mai mare decât procentele date de Maternitățile din alte țări. Procentul de sifilis de 16,1 la sută nașteri premature depășește cu mult cifrele din străinătate, care sunt și ele odată și jumătate și chiar de trei ori mai mici decât procentul găsit la noi.

Prematuritatea aflăt de urcată din țara noastră, recunoaște în mare parte cauze economice și sociale. Femeile din clasele sociale sărace sunt supuse subalimentației, surmenajului și traumatismelor, care se exercită până în ultima zi de sarcină.

Prematuritatea are la bază și cauze de ordin sanitar. Este nevoie de o asistență medicală bine organizată, care să trateze pe o scară cât mai întinsă, afecțiunile atât de numeroase de care sufăr femeile gravide, să depisteze și să trateze sifilisul. Afecțiunile mamei dau o lipsă de vitalitate fătului sau îl omoară în timpul vieții intrauterine.

In lupta contra mortalității infantile, combaterea prematurității și a debilității congenitale joacă un rol foarte important, deoarece prematuritatea dă un mare procent de născuți morți (30,4%) și o mortalitate urcată a prematurilor în timpul și după naștere, mortalitate cu atât mai mare, cu cât ei aparțin claselor sociale sărace și inculte, pentru care îngrijirea copiilor atât de puțin rezistenți este o operă grea, de cele mai multe ori imposibilă.

Măsurile de care este nevoe, trebuesc luate într'un spirit larg, social și medical, căutând să punem pe mamă și pe copil în condițiuni optime, care să asigure în timpul sarcinei desvoltarea normală a produsului de concepție și după naștere să permită copilului prematur să supraviețuiască. Sumele destinate pentru îmbunătățirea rasei umane trebuesc și în viitor considerate ca un capitol rău plasat. Numai așa s'ar putea salva un material uman sacrificat până acum în societatea modernă, concepției că sănătatea publică este un lucru de o importanță secundară.

CONFERINȚA PENTRU STUDIUL PROBLEMEI OCROTIREI COPIILOR

In ziua de 25 Iunie a. c. a avut loc sub președinția D-nei Maria Mareșal Antonescu în amfiteatrul Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale conferința pentru studiul problemei ocrotirei copiilor. Au luat parte doamnele cari au lucrat în opera de ocrotire a copiilor și medicii puericultori.

Cuvântarea Doamnei Maria Mareșal Antonescu

Doamna Maria Mareșal Antonescu deschizând conferința a spus:

Cu cât ceasurile sunt mai grele, iar încercările și jertfele noastre sunt mai mari, cu atât trebue să ne gândim cu mai multă grijă și răspundere la viitorul neamului.

Viitorul neamului însemnează grija pentru copii și pentru tineret. Ani de-a-rândul, noi am risipit puterea de înoire a neamului nostru și natalitatea, lăsând să secere moartea, prin boalele copiilor și prin condițiunile grele ale nașterii și ale vieții igienice, atâtea și-atâtea vlăstare.

Neamul nostru ar fi cu mult mai mare dacă din vreme ne-am fi făcut datoria să îmblânzim greutățile în care nasc și cresc copiii neamului și mai ales copiii țăranului nostru.

Avem datoria azi să luăm măsuri și să îndreptăm ceeace nu s'a făcut altă dată.

Grija pentru copii a fost pentru noi o datorie;

Grija pentru tineret, deasemenea.

De aceea am făcut cantine, de aceea ne-am ocupat de căminuri, de aceea luptăm să întindem pe întregul cuprins al țării strădania noastră de îngrijire a copiilor de pretutindeni.

Acum trebue să coborîm și să ne îngrijim de însăși de condițiile de igienă, de condițile de naștere și de îngrijirea micilor copii, a sugacilor și a copiilor de țărani din primii ani ai vieții.

Trebue să întindem pe întregul cuprins al țării noastre mijloace noui de ajutorare a mamei și a copilului.

La aceste datorii vechi se se adaugă unele noui și sfinte.

Războiul a secerat atâția fii buni ai neamului.

Copiii lor, orfani de război, sunt povara noastră scumpă și este datoria noastră de a-i ocroti.

Dacă Armata și Statul își face îndatorirea să se ocupe de fiii eroilor și celor căzuți în război- datoria noastră a Consiliului de Patronaj, este să ne ocupăm de fiicele acestora, de orfanele de război și de fiicele eroilor.

Acțiunea noastră trebue să fie o acțiune de educație și de îngrijire părintească în acelaș timp.

Iată de ce ne-am adunat azi, pentru ca împreună să găsim drumul cel mai bun ca să ne împlinim această îndatorire mai poruncitoare azi decât oricând.

De împlinirea datoriei noastre depinde viitorul neamului.

De aceea sunt sigură că toți cu răspunderea de români ne vor sprijini în această nouă acțiune.

Cuvântarea D-lui Prof. Dr. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrot. Sociale.

D. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, a subliniat avântul pe care acțiunea de ocrotire și de asistență socială a luat-o în țara noastră grație Consiliului de Patronaj care a știut să stimuleze concomitent admirabile energii spirituale și importante generozități materiale.

Din acest punct de vedere, suntem pe o linie de veche tradiție românească întrucât Domnilor și Boerilor de altă dată, caș Domnițelor, se datoresc integral atâtea fundațiuni de asistență medicală și socială.

Trecerea de la vechiul regim al Domniilor pământene la viața de stat contemporană, a adus schimbări importante și în acest domeniu. Cum era natural, inițiativa particulară s'a desvoltat căutând să antreneze cât mai multă lume, atât în acțiunea directă ce urmează să desfășoare cât și în strângerea fondurilor necesare acestei acțiuni.

Este însă curios cum Statul democrat, a avut un rol atât de mic în organizarea operei de asistență și de ocrotire socială, mulțumindu-se doar să subvenționeze în mod destul de parcimonios, inițiativele particulare.

Acum, la răscrucea de desvoltare istorică pe care o trăim, era natural ca și acest important sector al vieții sociale să se adapteze noilor comandamente.

Din aceste împrejurări, cari impuneau o adaptare la o situație nouă, a reeșit Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale.

In adevăr, în conformitate cu ideologia de Stat de care se călăuzește, spiritul de solidaritate socială ne dă obligațiuni noui față de toate elementele cari compun colectivitatea națională.

In locul autoritarismului absolut din vechime, în locul democratismului egalitar în formă și revendicator în fapt, de altă dată, — Mareșalul Conducător dorește să instaureze un spirit de solidaritate socială bazat pe ierarhia strictă a valorilor asigurând mijloace civilizate de viață pentru toți românii.

Pentru realizarea acestei idei, pe lângă un program întreg de guvernământ, trebue foarte mult desvoltată opera de asistență și de ocrotire socială.

Consiliul de Patronaj o face cu o admirabilă energie creatoare și cu rezultate dintre cele mai frumoase.

In această luptă grea și foarte lungă, Consiliul lucrează într'o colaborare pe care o dorim cât mai strânsă și cât mai cordială cu toate societățile existente.

Cu acest prilej, D. Ministru, a ținut să arate că noua instituție a Consiliului de Patronaj nu dorește să înglobeze vechile societăți sau să întemeieze secțiuni cu program și activitate paralelă. Dimpotrivă, Consiliul urmărește ca acțiunea tuturor societăților să fie amplificată, prin mobilizarea tuturor energiilor de cari dispun.

De altfel ținem să exprimăm stima noastră pentru munca desfășurată de aceste societăți în trecut, o deosebită prețuire pentru acțiunea ce desfășoară în prezent și cele mai bune speranțe pentru realizările lor de mâine.

Pentru a reuși în marea operă de asistență și de ocrotire bazată pe ideia ridicărei standardului de viață al poporului și a încadrărei în viața socială a tuturor elementelor valide, este nevoe de munca entuziastă a tuturor pentru idealul care ne însuflețește.

De altfel conferința de față, destinată a studia cele mai bune metode pentru ocrotirea copiilor, la care participă toate societățile care se ocupă de această problemă, — este cea mai bună demonstrație a ideilor pe care Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale înțelege să le urmeze.

I. Rapoartele prezentate asupra Problemei Ocrotirei Copiilor

D. Prof. Dr. I. Nicolau prezintă raportul asupra «Ocrotirei copiilor în general și a orfanilor de război în particular».

D-sa face o expunere amănunțită a natalității și a mortalității infantile arătând situația din țara noastră. D-sa

expune apoi în mod metodic măsurile de ocrotire a copilului ce trebuesc luate.

O rezolvare ideală a problemei nu se poate obține decât prin o ridicare a standardului de viață, prin o acțiune susținută de educare a maselor populare, prin asigurarea obligatorie, prin înmulțirea notabilă a numărului instituțiilor și personalului de ocrotire.

Dar până la rezolvarea ideală a problemei putem lua măsuri cari să aducă îmbunătățiri însemnate. Aceste măsuri sunt:

1) Măsuri pentru ocrotirea mamei — consultații pre și post natale, alimentație mai consistentă a mamelor, ospitalizare gratuită a gravidelor, înființarea de cămine pentru gravide.

2) Măsuri pentru ocrotirea copilului — înființarea de cât mai multe dispensare de puericultură, înființarea de cămine de zi și de cantine școlare, propagandă pentru combaterea ignoranței metodelor raționale de creștere.

3) Pregătirea personalului medical și auxiliar necesar operei de ocrotire a copiilor. Medicii ar urma să fie pregătiți în clinicele de puericultură care ar trebui mărite și înzestrate în acest scop.

Raportorul cere apoi să se întocmească și să se aplice în cel mai scurt timp, legea pentru protecția mamei și a copilului.

D. Dr. I. Nemoianu prezintă raportul despre «Organizarea centrelor pentru ocrotirea copiilor». D-a face o expunerea critică asistenței copiilor abandonați (dependenți sociali) prin centre, stăruind asupra învățămintelor de ordin tehnic cu privire la asistența juridică, medicală, socială, la educația școlară, și profesională a copiilor asistați și arătând avantagiile și desavantagiile sistemului.

Arată că, centrele ar fi instituțiuni de lut în țara noastră, dacă s'ar mărgini numai la asistența copiilor abandonați, cari nu constituesc o problemă atât de gravă pentru noi, ca de pildă mortalitatea primei copilării.

Pe baza experiențelor îndelungate făcute la un centru, cu acțiuni și mijloace tehnice variate, din domeniul protecției și asistenței copiilor, raportul susține, că, adevăratul rost al centrelor va fi protecția și asistența primei copilării (eventual și a preșcolarilor), indiferent de categoriile sociale cărora le aparțin copiii.

Soluția tehnică ar fi deci transformarea centrelor pentru ocrotirea copiilor în institute regionale de puericultură, însă aceastăsoluție este în funcție de concepția și organizarea protecției și asistenței materno-infantile — care la rândul ei depinde de politica demografică — precum și de necesitățile ce decurg din actualul război.

D. Dr. Axente Iancu a prezentat raportul asupra «Organizării medicale a plasamentului copiilor orfani în familii crescătoare».

D-sa arată că sunt indicate anumite norme igienice după care trebue să fie selecționate regiunile, satele și familiile crescătoare pentru a putea face plasamentul familial supravegheat și descrie componența dispozitivului defensiv (dispensar, medic, soră vizitatoare, fișe, anchete la domiciliu) unde tor fi combătute în deosebi cele două mari pericole: cel alimentar și cel infecțios în evoluția copiilor.

D-na E. Caragea prezintă raportul asupra «Problemei plasamentului copiilor orfani în familii crescătoare».

D-sa arată că pentru o desvoltare armonică a copiilor este necesar ca ei să crească în mediul familiar. De aceea plasamentul familiar prezintă o serie de mari avantagii asupra creșterii copiilor în orfelinate. Astfel plasamentul familial nu rupe firul normal al vieții de familie, nu desrădăcinează copiii, în fine, ferește mult sănătatea copiilor.

D-na raportoare expune apoi ce s'a realizat de către Leagănul Sf. Ecaterina în jud. Prahova, unde în retiunea Filipeștii de Târg peste 2.000 de copii sunt crescuți în plasament familial. Aici s'au creat dispensarii medicale în fecare comună unde sunt plasați copiii și s'a realizat în centrul acestei regiuni în com. Nedelea, o puternică organizație de ocrotire cu dispensare, băi, cooperativă pentru familiile crescătoare.

D-sa propune ca să se coordoneze întreaga acțiune a ocrotirii copiilor și să se aplice numai metoda plasamentului familial în ocrotirea copiilor.

Discuția rapoartelor prezentate

D-na Alexandrina Cantacuzino Președintă a Soc. Ortodoxe a Femeilor Române arată că acțiunea de ocrotire a copiilor are o mare însemnătate.

Dar pentru ca opera de ocrotire a copiilor să dea cele mai bune roade, prin plasamentul familial, este necesar ca să se pregătească și să se selecționeze regiunile din țară unde se vor organiza coloniile de plasament.

Deasemenea trebue să se depună toate eforturile pentru a se ridica nivelul sănătății în satele noastre.

D-sa cere apoi ca fiecare orfan de război să aibă o nașă care să se ocupe de desvoltarea sa.

D. Prof. Dr. T. Gane arată că problema mortalității infantile a preocupat întotdeauna organizația sanitară dar această problemă are multe aspecte sociale și economice pe lângă cele medicale.

Este important de a formula un program de acțiune minimală pentru a realiza ceva efectiv în ocrotirea copiilor.

Intr'adevăr pe lângă un program vast și costisitor există o serie de măsuri menite să scadă mortalitatea infantilă. Astfel favorizarea alimentației cu lapte matern a copiilor, controlul alimentației, propaganda pentru promovarea măsurilor de igienă, repararea insuficiențelor centrelor de ocrotire.

D-sa arată că plasamentul familial este metoda cea mai adecuată pentru obținerea de rezultate în opera de ocrotire a copiilor.

Orfanii de război trebue să se desvolte în mediul familial sau în plasamentul familial, dar trebue pregătite condiții optime pentru desvoltarea lor fizică și morală.

D. Dr. O. Burileanu, Efor al Spitalelor Civile arată importanța factorilor economici în mortalitatea infantilă. Este necesar să facem apel la inițiativa particulară pentru a scade mortalitatea copiilor.

D-sa arată măsurile ce s'au luat pentru înmulțirea numărului de nașteri în alte țări: împrumuturi la noui căsătoriți, cămine de vară pentru noui căsătoriți.

D. Dr. I. Stoichiția, Secretar General al Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale arată că ignoranța este factorul important în mortalitatea infantilă. Pentru a crește numărul de nașteri, trebue pe lângă măsuri medicale și de ordin economic, să creem atmosfera spirtuală de solidaritate națională și de patriotism luminat care să determine, ca în Germania, o sporire a numărului de nașteri.

Propaganda bine susținută în mediul rural prin conferințe, școli țărănești, demonstrații practice, reprezentații de cinematograf, afișe, broșuri, poate da cele mai bune rezultate.

Din acest punct de vedere acțiunea surorilor de ocrotire și a învățătoarelor de igienă și gospodărie va da roade importante.

Plasamentul familial este soluția ideală pentru ocrotirea copiilor.

D. Prof. Dr. Gh. Banu arată că pentru realizarea unei scăderi a mortalității infantile este nevoe de măsuri foarte variate, altele în mediul urban decât în cel rural.

D-sa cere elaborarea unui plan de acțiune imediată, care să țină seama

In Insomnie, Nervositate, Nevralgii

CEREBROSAN

Sirop

Calciu
Valeriană
Barbiturice
Brom
Analgezină

Sedativ: de trei ori pe zi câte 1—2 linguriţe
Hipnotic: 1 lingură înainte de culcare

Asociaţia nouă de cărbune

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

ABSORBANT, — DESINFECTANT INTESTINAL — LAXATIV

CU EFECT ANTISPASMODIC Ş. COLAGOG

Menajează ficatul în afecţiunile tubului digestiv graţie efectului său colagog

SULFAMIDĂ CU TOLERANŢĂ OPTIMĂ

SULFORONIN

DR. WANDER

Sulfanilyl — aminopiridină

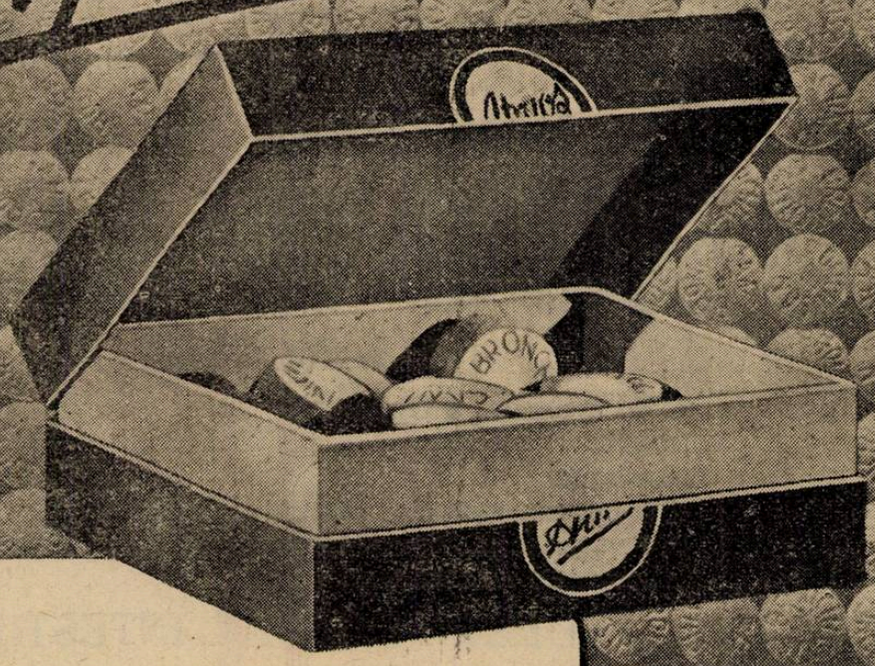
Gonoree — Pneumonie — Meningită — Strepto — Stafilococie

Tuburi cu 24 tablete a 0,5 gr.

Mostre şi literatură trimete la cerere:
DR. WANDER S. A.
Fabrică de Produse farmaceutice şi dietetice. Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten



Mijloc sigur pentru tratamentul peroral și prevenirea accelor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6

de toate realităţile noastre regionale şi sociale şi cere să fie aplicate şi continuate pe un interval lung măsurile destinate ocrotirii copiilor.

D. *Scarlat Costinescu Consilier la Curtea de Apel* din Bucureşti face o expunere asupra «Tutelei copilului din punct de vedere juridic» arătând desvoltarea pe plan istoric a acestei instituţiuni. D-sa compară legislaţia română cu cea străină în chestiunea tutelei şi arată că instituţiunile juridice de tutelă pe care le avem astăzi funcţionează în condiţiuni bune dar ele sunt aglomerate de prea multe lucrări. Poate că ar trebui să se institue un judecător specialist numai în chestiuni de tutelă. Deasemenea trebue menţinut Consiliul de familie.

II. Problema Căminelor de zi şi a Cantinelor şcolare

D na Veturia Manuilă prezintă raportul asupra organizării căminelor de zi în mediul industrial şi în mediul rural. D-sa arată că organizarea căminelor de zi s'a născut din nevoia de a îngriji copiii ai căror părinţi sunt ocupaţi cu muncile industriale.

Lipsa de supraveghere a părinţilor duce la o mortalitate ridicată a copiilor, la vagabondaj şi delicvenţă. De aceea căminele de zi au de jucat un rol însemnat mai ales în împrejurările actuale, dar ele trebuesc organizate pe grupuri sociale, pe grupe de vârste şi pe valoarea socială a copiilor.

Tot astfel factorul important în buna funcţionare a unui cămin de zi este personalul de conducere, care trebue să fie bine pregătit, entuziast, şi dinamic.

In mediul urban căminul de zi este o instituţie indispensabilă actualmente când mamele lucrează şi nu se pot ocupa de copiii lor.

In mediul rural căminele de zi trebue să funcţioneze primăvara şi vara când mamele sunt ocupate cu muncile agricole. Căminele de zi de la sate trebuesc utilizate ca şcoale de gospodărie în timpul iernei, astfel ca să se transforme într'un centru de educaţie şi într'un cămin de cultură.

Dar pentru aceasta avem nevoe de personal pregătit şi devotat.

D-na Christina Brătescu prezintă în numele d-sale şi al *Dnei General Steflea* raportul asupra «Organizarea cantinelor şcolare».

D-sa expune istoricul desvoltării cantinelor şcolare şi arată importanţa pe care au luat-o în unele ţări aceste organizaţii.

Cantina şcolară urmărind să dea copiilor de vârstă şcolară o alimentaţie raţională îndeplineşte o misiune socială cu caracter preventiv.

Graţie activităţii Consiliului de Patronaj al Operelor Sociale s'a înfiinţat în colaborare cu Ministerul Culturii Naţionale 7.025 cantine rurale şi 772 cantine urbane la care un număr de aproape 150.000 copii pot avea fie o gustare fie o mâncare caldă. In Capitală funcţionează în 1942, 139 cantine şcolare.

Această reuşită trebue să ne deschidă perspective noui de lucru. Astfel mamele şi copiii lor ar putea să fie educate să prepare o alimentaţie substanţială şi echilibrată. Noţiunile de bucătărie raţională ar putea fi împărtăşită copiilor de către învăţători.

Cantinele şcolare pot fi utilizate ca centre de demonstraţie ale bucătăriei raţionale în mediul rural. Această organizaţie de demonstraţie va educa pe femeile noastre din mediul rural să prepare o alimentaţie mai bună.

III. Problema orientării profesionale

D. Prof. Dr. Gh. Banu, desvoltând subiectul raportului «Orientarea profesională a orfanilor adolescenţi în raport cu însuşirile lor», arată că este un imperativ etic pentru Stat ca să îndrumeze raţional, în câmpul muncii, pe aceşti «copii ai Naţiunei». Orientarea trebue să decurgă în instituţiuni speciale, care sunt oficiile de orientare profesionale, prevăzute cu un personal specializat, medici şi psihologi, precum şi cu instrumentaţia ştiinţifică cerută de progresele moderne ale psiho-tehnicei. In modul acesta tinerii candidaţi vor fi îndrumaţi spre acea ramură de muncă pentru care prezintă un maxim de aptitudini; orfanii vor deveni elemente de echilibru social şi se va preîntâmpina şomajul şi desagregarea familiei.

D. Prof. Dr. Gh. Banu a insistat apoi asupra normelor de preorientare profesională în şcoli, căreia îi va urma orientarea definitivă, pe baza examenului medical, antropometric şi psihologic, ce va duce la întocmirea profilului psiho-profesional al orfanului adolescent. Şi anumite categorii de copii deficitari, fizic sau psihic, pot fi îndrumate cu folos spre meserii corespunzătoare. In încheere, conferenţiarul arată că orientarea profesională a orfanilor adolescenţi ar putea fi realizată, fie prin institutele de psihologie ale universităţilor, fie prin oficiile Ministerului Muncii, având la bază un plan de lucru întocmit de Ministerul Sănătăţei.

IV. Ocrotirea copiilor prin organizarea acţiunei medicale

D. Dr. Radu Cornel, — Arad, expune raportul său asupra. «Organizării consultaţiilor speciale de puericultură» pe lângă toate spitalele şi circumscripţiile sanitare din ţară.

D-sa face pe scurt istoricul consultaţiunilor de puericultură în străinătate şi în ţară. Rezultatele obţinute până acum prin mijlocirea lor pe tărâmul mortalităţii infantile le arată a fi una din cele mai eficace arme de luptă în această direcţie. De aceea pledează pentru înfiinţarea lor atât la oraşe, cât şi la sate. Sarcina consultaţiunilor de puericultură la sate va cădea, din lipsa medicilor specialişti pe umerii medicului de circumscripţie, care va primi în acest scop o pregătire prealabilă. El va fi ajutat de sora de ocrotire şi moaşe. Unde lipsesc aceste ajutoare, se vor folosi intelectualele din localitate. La oraşe cere despărţirea acţiunei de puericultură pe specialităţi astfel că propune înfiinţarea:

a) Oficiilor eugenice (deocamdată numai în *municipiu pentru puericultura preconcepţională*);

b) Consultaţiunilor prenatale pe lângă maternităţi şi secţii de obstetrică;

c) Consultaţii de sugaci pe lângă spitale de copii, centre de ocrotire, secţii de pediatrie, etc. In oraşe mai mari asemenea consultaţiuni se vor înfiinţa şi pe sectoare, iar în cele mici unde nu sunt medici specialişti, vor funcţiona sub conducerea medicului sanitar.

Discuţiunile urmate

D na Petrovici, cere ca să se studieze chestiunea grădinilor de copii de vară, învăţătoarele luând vacanţă prin rotaţie.

D-na A. Cantacuzino, Prezidenta Societăţii Naţionale a Femeilor Ortodoxe Române, arată că este absolut necesar o îngrijire şi o supraveghere atentă a copiilor mici în grădiniţele de copii. D-sa citeşte apoi în numele Asociaţiei Casa Femeei următoarele propuneri destinate să îmbunătăţească condiţiile de desvoltare a copiilor în ţara noastră:

1. Infiinţarea unui institut pentru protecţia copiilor înzestrat cu toate serviciile necesare şi încadrat cu personal competent;

2. Intocmirea unui program de acţiune elaborat pe mai mulţi ani pentru realizarea unei acţiuni eficace de ocrotire a copilului;

3. Refacerea şi reînoirea legislaţiei copilului;

4. Organizarea de dispensare mobile şi conducerea unei acţiuni susţinute de propagandă higienică;

5. Pregătirea din punct de vedere medical şi sanitar a satelor în care se vor organiza coloniile de plasament familial;

6. Trebue să se ia măsuri energice pentru încurajarea natalităţii (premii, impozite pe celibatari, etc.).

Au mai luat cuvântul la discuţia acestor raporturi D-na E. Caragea, Vice-Preşed nta Leagănului Sf. Ecaterina, D. Dr. Dinescu — Ploeşti, D-na Manolescu, inspectoare şcolară.

D. Dr. I. Stoichiţia, Secretar General al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, arată că se va putea ajunge la rezultate importante în mediul rural, în problema ocrotirei copiilor dacă se va face apel la un personal bine pregătit din punct de vedere technic şi dinamic.

In ceeace priveşte cantinele şcolare D-sa arată importanţa operei realizate şi cere să se continue pe această cale.

Apoi arată că s'a organizat de către Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale 800 de consultaţii de puericultură la dispensarele medicale rurale. Aceste dispensare trebuesc consolidate şi iniţiativa particulară poate ajuta în mod eficace funcţionarea lor.

Inchiderea Conferinţei
Cuvântarea Domnului Ministru al Sănătăţii

D l Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a spus: La sfârşitul acestor desbateri trebue să exprim mulţumirile călduroase ale organizaţiei sanitare, Doamnelor care au participat la această conferinţă şi Domnilor raportori cari au expus în mod aşa de documentat problemele de ocrotire a copiilor.

Trebue însă ca această conferinţă să fie urmată de rezultate practice şi toate hotărîrile luate să fie exetate.

Pentru a sintetiza hotărîrile luate în această conferinţă, d-l Ministru a prezentat o schemă grafică a concluziilor conferinţei.

D-sa arată că pentru o acţiune energică pe planul ocrotirei copiilor. trebue studiată problema sub toate aspectele ei: medicale, sociale, biologice.

Nu este necesar să creem noui instituţiuni, ci trebue ca Institutele de Igienă să înceapă studiul sistematic şi amănunţit al condiţiilor de desvoltare a copiilor, a mortalităţii şi a natalităţii ţinând seama de împrejurările locale şi regionale.

In ceeace priveşte realizările imediate ce trebuesc înfăptuite în opera de ocrotire a copilului, d-l Ministru spune că acestea trebue să se execute de cele două instituţii: Ministerul Sănătăţii şi Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale.

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale va reorganiza şi consolida centrele de ocrotire a copiilor, cari trebuesc să fie regionale şi să fie în strânsă legătură cu celelalte servicii de ocrotire a copiilor.

Centrul de ocrotire regional va dirija, îndruma şi supraveghea îndeaproape activitatea serviciilor de puericultură şi de medicină infantilă şi activitatea dispensariilor de puericultură.

Centrul de ocrotire regional va avea un serviciu de puericultură şi triaj, un serviciu de medicină infantilă şi mai ales va organiza plasamentul familial al copiilor, în satele din regiunile care au fost pregătite şi înzestrate cu dispensare medicale, din vreme.

Centrul de ocrotire trebue să fie organul de conducere al întregei opere de ocrotire într'o anumită regiune.

Pe de altă parte este necesar ca la fiecare spital judeţean să avem un serviciu de puericultură şi de medicină infantilă.

Acest deziderat nu poate fi realizat însă imediat din lipsa de medici specialişti; dar prin concursurile cari se dau actualmente prin stagiile de secundariat şi internat pe care Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirlior Sociale le-a organizat, vom avea în decurs de câţiva ani personalul necesar.

In fine d-l Ministru arată că vor trebui să se organizeze consultaţiile de puericultură la fiecare circumscripţie rurală.

Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale va avea în acţiunea de ocrotire a copiilor un rol de mai mare importanţă.

In primul rând se va stabili o colaborare strânsă între Consiliu, între Societăţile de protecţie infantilă şi între Instituţiile Ministerului Sănătăţii.

Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale, va însufleţi aceste organizaţiuni. aducând o contribuţiune foarte însemnată din punct de vedere moral şi material pentru copiii săraci.

Prin opera educativă ce se desfăşoară în şcolile de mame şi în şcolile de gospodărie ţărănească, Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale în colaborare cu alte autorităţi de Stat va contribui într'o măsură foarte însemnată la rezolvarea problemei copilului şi a mamei, în ţara noastră.

Acţiunea educativă va fi completată prin introducerea în programul şcolilor normale a învăţământului de igienă, de puericultură şi de gospodărie astfel ca învăţătoarele să poată lua o parte activă în acţiunea de ridicare sanitară şi socială a satelor.

Căminele de zi, instituţii menite să dea cele mai bune rezultate, vor trebui înmulţite şi desvoltate. Prin înfiinţarea unui număr atât de însemnat de cantine şcolare, Consiliul de Patronaj a adus un aport însemnat în ameliorarea condiţiilor de desvoltare fizică a copiilor.

In elaborarea programelor noastre nu trebue însă să uităm că suntem în război. când avem de luptat cu atâtea dificultăţi.

Deaceea strânşi uniţi în lupta ce se desfăşoară pe front sub comanda glorioasă a domnului Mareşal Conducător, să fim tot atât de solidari în lupta ce trebue să dăm în interiorul Ţării pentru ameliorarea condiţiilor de viaţă ale tuturor claselor sociale.

Cuvântarea Doamnei Mareşal Antonescu

D-na Maria Mareşal Antonescu, închizând conferinţa mulţumeşte d-lui Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi tuturor raportorilor, care au prezentat în mod aşa de documentat expunerile asupra problemei ocrotirei copilului.

D-sa mulţumeşte deasemenea tuturor Doamnelor şi Domnilor cari au dat preţiosul lor concurs acestei conferinţe contribuind la reuşita ei.

D na Maria Mareşal Antonescu face apoi apel la toate femeile române să vie alături de Consiliul de Patroanj al Operelor Sociale şi să lucreze cu mult suflet şi cu energie. Dacă în alte ţări s'a realizat mult în opera de ocrotire, aceasta se datoreşte faptului că toate femeile lucrează şi ajută din tot sufletul opera de ocrotire socială.

In această direcţie femeia poate realiza foarte mult deoarece ea se poate apropia cu înţelegere, de mamă şi de copil.

Deaceea fac apel la toate Doamnele, rugându-le să muncească intens şi cu suflet pentru progresul social al ţării.

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

34 ani de existenţă
(1907 — 1941)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal, conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute şi cronice *la copii şi adulţi,* diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa reprezentanţei generale
Bucureşti, str. Regală No. 10 Etaj. Telefon 3.78.66

CINNOBIOL
INJECŢII

Cinamat de Benzil, Cholesterină, Eucaliptol, Guaiacol.

Imunizaţie artificială contra infecţiunilor bacilare, afecţiuni ginecologice (leziuni inflamatorii, ulceraţii produse de agenţi patogeni).

1—2 fiole intramusc. pe zi

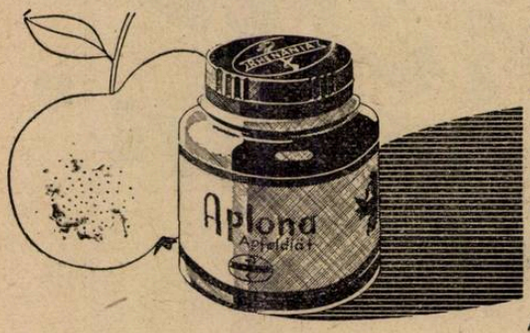
ANTIASTHMATIC IFAR
SIROP

Iodură de codeină, Ephedrină, Cofeină, Tinct. Lobelia, Sirop de Thiocol şi de Belladona.

Indicat în astm bronchic, cardiac, tusa spasmodică, enfizem pulmonar, bronşite acute şi cronice, dispnea paroxistică, coriza spasmodică.

Mostre şi literatură Laboratorul „IFAR"
Str. C. Bălăcescu Nr. 24 — Bucureşti IV
Telefon 5.67.48

Un antidiareic politrop
în loc de măsuri medikamentoase multiple



Proprietatea de absorbție și puterea de desinfecție a combinațiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând. „Aplona", lipsită de inconvenientele mărului crud, întrunește însușirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

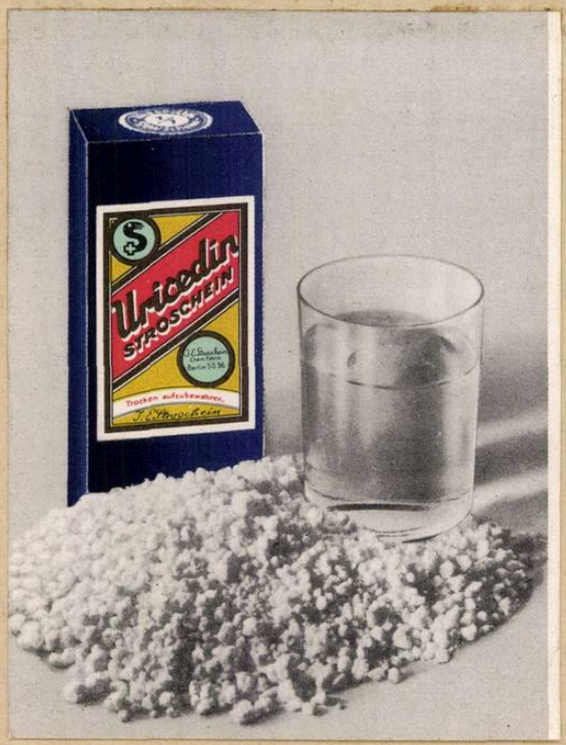
Aplona

dieteticul medicamentos

dă consistență scaunului — desintoxică — regularizează peristaltismul intestinal.

RHENANIA "Rhenania" Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft

Depozitari pentru România: Pharmag S. A. Brașov, Strada Regina Maria, 18.



Cura de primăvară

Pentru inlăturarea congestiunilor și a oboselii, care se manifestă cu predilecție primăvară, este necesar un stimulent cum este „Uricedin", medicament cunoscut de 40 ani, e foarte eficace in combaterea bolilor de metabolism. Radicalul SO_4-ion al Uricedinei mărește secreția intestinală, stimulează peristaltismul și inlătură constipația: prin aceasta inlătură atonia intestinală, care foarte des este cauza bolilor de metabolism. Deci pentru cura de primăvară „Uricedin".

Modul de intrebuințare: Doza depinde de efectul laxativ. In general se va administra de 2-3 ori pe zi o linguriță Uricedin intr'un pahar cu apă, ½ oră inainte sau după masă. Doze mai mari se pot lua fără vre'un inconvenient.

Reprezentanță:
Loew & Co. A. G., Sibiu
Str. Bisericii 11 a.

J. E. Stroschein · Chemische Fabrik · Berlin SO 36

ŞEDINŢA CONSILIULUI SANITAR SUPERIOR

PROBLEMA UTILIZĂRII INVĂŢĂTOARELOR DE IGIENĂ ŞI GOSPODĂRIE IN ORGANIZAREA SANITARĂ A STATULUI

In ziua de 18 Iunie a. c. a avut loc la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, şedinţa Consiliului Sanitar Superior, la care au participat, sub preşedinţia d-lui *Prof. Dr. P. Tomescu*, Ministru Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, membrii consiliului.

S'a discutat problema utilizării şi funcţionării învăţătoarelor de igienă şi gospodărie în acţiunea de ridicare a sănătăţii publice în mediul rural.

Cuvântarea d-lui Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale

Deschizând şedinţa Consiliului Sanitar Superior, d-l Ministru a arătat că pentru a acţiona în mod eficace în domeniul sănătăţii publice la sate, trebue ca în fiecare comună rurală organizaţia sanitară să-şi aibă un reprezentant aşa cum are şcoala şi biserica.

In acest scop am făcut apel la Ministrul Culturii Naţionale ca să ne pună la dispoziţie un număr de învăţătoare care primind o pregătire practică de gospodărie şi igienă vor putea contribui cu succes la acţiunea sanitară în mediul rural.

Cu începere din toamna viitoare, aceste învăţătoare vor trece în organizaţia sanitară a ţării, având pe lângă salariul lor actual, o diurnă specială pentru activitatea ce vor desfăşura.

UTILIZAREA INVAŢATOARELOR DE GOSPODARIE ŞI IGIENA IN MEDIUL RURAL

— Raportul d-lui Dr. I. Stoichiţia, Secretar general al Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale —

Utilizarea unui foarte important număr de învăţătoare puse la dispoziţia Ministerului Sănătăţii de către Ministerul Culturii Naţionale s'a făcut cu scopul de a se influenţa în mod favorabil mersul sănătăţii publice şi de a obţine rezultate optime prin acţiunea serviciului sanitar public precum şi de a ridica igiena preventivă cel puţin la acelaş plan cu medicina curativă apreciind în acelaş grad igiena socială, asistenţa socială şi ocotirea naţională şi ţinând în acelaş timp seama că igiena în partea ei preventivă este animată de principii educative şi deci educaţia igienică trebue să premeargă oricărei acţiuni în domeniul sanitar.

Cu toate eforturile depuse în ultimul deceniu, de conducătorii Ministerului Sănătăţii, starea generală sanitară a ţării nu s'a ameliorat în măsura eforturilor depuse. De aceea acţiunea actuală, va trebui să ia caracterul unui «program naţional» de redresare la care trebue să conlucreze toţi factorii interesaţi ai Statului şi toate conştiinţele româneşti.

Ministerul Sănătăţii cu toate dificultăţile care le întâmpină în urma stării de război, continuă desăvârşirea acţiunei de refacere şi utilare a centrelor spitaliceşti; de pregătire a personalului sanitar auxiliar, de sporirea numărului medicilor de circumscripţie, de utilate a dispensarelor rurale, etc.

Eforturile depuse pentru augmentarea şi perfecţionarea oganizaţiei noastre de medicină curativă vor fi completate prin o vastă şi viguorasă acţiune de ordln preventiv, care însă trebue susţinută printr'un personal numeros şi bine pregătit.

Această acţiunee trebue să se desfăşoare concomitent în toate sectoarele: de igienă socială, asistenţă socială şi ocrotire naţională şi ea trebue să fie animată în primul rând de principii educative, educaţia igienică a populaţiei constituind însuşi fundamentul întregei acţiuni preventive, întrucât dintre factorii multipli cari influenţează în mod hotărâtor sănătatea publică, cel mai important este ignoranţa în ceace priveşte regulele de igienă, dominantă mai ales în mediul nostru rural.

Pentru realizareea acestui acţiuni, în urma stăruinţelor depuse de d. Ministru Prof. Dr. P. Tomescu, prin larga înţelegere a d-lor Miniştri Petrovici şi I. C. Petrescu şi prin voinţa guvernului d-lui Mareşal Antonescu, suntem pe cale să putem avea la dispoziţie personalul necesar, prin cedarea unui număr de aproximativ 5.000 învăţătoare pe care Ministerul Culturii Naţionale urmează să le repartizeze Ministerului Sănătăţii pentru a fi utilizate în mod permanent ca învăţătoare de igienă şi gospodărie casnică în mediul nostru rural.

Pregătirea acestor învăţătoare se va face prin cursuri speciale în aproximativ 15 Centre din diferite regiuni din ţară, cu începere dela 1 Iulie 1942, în grupuri de 200—500 învăţătoare.

Cursul va dura 2 luni şi vor fi completate în lunile de vară ale anului viitor, când se va desăvârşi şi instrucţia sanitară a învăţătoarelor.

Adăpostirea se face în internatele şcolilor găsite libere şi puse la dispoziţiune în acest scop de Ministerul Culturii Naţionale.

Transportul la ducere şi întoarcere precum şi hrana vor fi suportate de Ministerul Sănătăţii.

Cursurile vor fi teoretice şi practice cu predominenţa netă a acelor practice şi sunt ţinute de medici, profesori, surori de ocrotire, asistente sociale şi maestre de gospodărie şi menaj, recrutaţi de preferinţă din elemente locale.

După terminarea cursurilor se va da un examen de absolvenţă urmând apoi repartizarea pe teren.

Se vor preda următoarele materii. Biologie şi Ocrotirea mamei şi a copilului, igiena personală a locuinţei, profilaxa bolilor sociale şi contagioase, problema nutriţiei, principii de gospodărie, probleme de ocrotire naţională şi gospodărie pentru femei, organizare sanitară şi demografie. Lucrările practice sunt în legătură cu aceste studii şi sunt completate cu vizite la instituţii sanitare şi de ocrotire.

Incepând din luna Septembrie 1942, învăţătoarele care vor absolvi cu succes cursurile, vor fi repartizate în comunele rurale unde vor activa după următorul program minimal.

1) In primul an învăţătoarele vor activa numai în comunele de reşedinţă.

2) Repartizarea se face ţinându-se seama de origina şi aptitudinea fiecărei învăţătoare.

3) Învăţătoarele de igienă şi gospodărie vor face parte integrantă din serviciul sanitar în cadrul căruia activează.

4) Ele vor avea reşedinţa permanentă şi obligatorie în comnua unde activează, colaborând activ cu comitetele locale ale consiliului de Patronaj şi cu celelalte autorităţi locale.

5) Învăţătoarele vor lua în evidenţă toate familiile din comună şi le vor îndruma.

6) Învăţătoarele au obligaţia de a vizita familiile înregistrate, cel puţin de 4 ori pe an, iar oridecâte ori va fi nevoe vor întocmi câte o fişă a familiei şi vor căuta să influenţeze prin sfaturi pricepute şi binevoitcare, buna

desvoltare. Acţiunea lor în familie se va îndrepta cu deosebire în domeniul unei educaţii igienice cu sfaturi şi demonstraţiile practice.

7) Vor organiza şi conduce cursuri sistematice pentru ţărance, cu scopul de a le completa şi desăvârşi educaţia în domentul igienei şi al gospodăriei practice. Asemenea cursuri au mai fost organizate în unele regiuni din ţară sub auspiciile Societăţii Culturale «Astra» cu foarte bune rezultate. La aceste cursuri se va insista asupra cunoştinţelor elementare de igienă în legătură cu copilul, familia, locuinţa, gospodăria, bucătăria şi asupra moralei creştine.

8. Vor organiza şi conduce în timpul verii cămine de zi sau grădiniţe pentru preşcolari.

9' Vor participa la toate acţiunile de ordin social şi sanitar care se organizează în comună, luând chiar iniţiativa organizărilor. Vor activa cu deosebire pentru păstrarea sau reintroducerea portului naţional, pentru cultivarea cântecelor şi dansurilor naţionale organizând şezători şi serbări cu caracter educativ şi distractiv.

Discuţiunile urmate

D. *Dr. Irimescu* arată că în trecut s'a utilizat cu un desăvârşit succes în acţiunea de tratare şi de prevenire a malariei învăţătorii şi preoţii din comunele rurale. Tot astfel pentru a depista pe bolnavii de tuberculoză pulmonară s'a făcut apel la concursul doamnelor din unele oraşe care au lucrat cu un devotament desăvârşit ca infirmiere vizitatoate.

D. *Dr. Gh. Banu*, arată că această idee de a se utiliza învăţătoarele pentru acţiunea de ridicare sanitară a populaţiei rurale este bine venită. In programul de educaţie a învăţătoarelor trebue să se prevadă noţiuni mai ample despre bolile sociale, asupra igienei şcolare şi despre problemele de geniu sanitar.

Pe de altă parte trebue ca învăţătoarele de igienă şi gospodărie să aibă la dispoziţia lor un manual practic asupra tuturor noţiunilor predate la cursurile de pregătire şi ele trebue să dispună de un bogat material de propagandă (afişe, broşuri, etc.).

Fără îndoială pregătirea învăţătoarelor de igienă şi gospodărie, precum şi coordonarea activităţii lor, va necesita eforturi importante dar prin activitatea lor, vom avea o propagare a ideilor de sănătate şi igienă publică.

D. *Dr. Hasnaş* salută cu plăcere această acţiune sanitară la sate. D-sa arată că rezultatele vor fi foarte bune, întrucât încercările sporadice care s'au făcut în diverse sate au dat întotdeauna rezultate.

D. *Prof. Dr. N. Gh. Lupu* — spune că ceeace este important în această acţiune este că se propune organizarea unei vieţi sanitare la sate. Trebue ca pregătirea ce se va da viitoarelor învăţătoare de igienă şi gospodărie să fie înainte de toate practică şi trebue insistat asupra activităţii pe teren.

D. *Prof. Dr. P. Tomescu*, Ministrul, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, închein desbaterile, arată că se vor face toate eforturile ca să se pregătească învăţătoare de igienă şi gospodărie cât mai competente şi mai active. Se va face apel la acele învăţătoare care vor să lucreze efectiv pentru ridicarea nivelului sanitar al satelor.

Invăţătoarele vor primi pe lângă salariul lor, — o diurnă şi ele vor lucra în strânsă colaborare cu medicii rurali şi organele superioare ale Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

D. Ministru roagă apoi pe membrii Consiliului Sanitar Superior să viziteze în cursul verii cursurile de pregătire sanitară ale învăţătoarelor, dându-le îndrumări şi contribuind la realizarea unei cât mai bune organizări şi funcţionări a acestor şcoli pregătitoare.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Un cuvânt al Domnului Mareşal Antonescu pentru medicii români.

Cu prilejul zilei aniversare a Domnului Mareşal Antonescu, D. Ministru al Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale I-a prezentat felicitări din partea corpului Medical al organizaţiei de Stat.

Domnul Mareşal a binevoit a răspunde prin următoarea telegramă adresată D-lui Dr. P. Tomescu:

«Vă rog să primiţi şi să transmiteţi medicilor români mulţumirile mele călduroase pentru bunele urări exprimate şi pentru strădania lor patriotică dovedită în aceste vremuri hotărâtoare pentru destinele Patriei».

Mareşal ANTONESCU»

Deschiderea concursurilor de medici primari la Ministerul Sănătăţii şi Ocrot. Sociale

In ziua de 18 Iunie a. c. a avut loc la Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale deschiderea concursurilor de medici primari de specialitate. S'au prezentat 103 medici pentru a fi examinaţi de juriile examinatoare, care urmează să selecţioneze pe cei pregătiţi să conducă serviciile de specialitate ale spitalelor publice.

D. *Prof. Dr. P. Tomescu*, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, adresându-se membrilor juriilor examinatoare şi candidaţilor întruniţi în amfiteatrul Ministerului, a spus că tradiţia concursurilor de medici primari a fost întreruptă în anul 1938 de conducerea de atunci a Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, care nu credea în valoarea acestei metode de selecţionare.

Evident, era la mijloc o regretabilă eroare, întrucât, cu toate imperfecţiunile lui, examenul public rămâne cel mai bun mijloc de selecţionare şi ierarhizare a valorilor.

Trebue să continuăm acest sistem de selecţionare, cu atât mai mult cu cât serviciile publice au nevoe de buni specialişti pentru a le conduce iar medicilor tineri trebue să li se ofere o evoluţie sigură, în raport cu însuşirile şi capacitatea lor.

D. Ministru şi-a exprimat apoi satisfacţia că un număr aşa de mare de medici s'au prezentat la aceste examene.

In ceeace priveşte pe medicii mobilizaţi în prezent ei se vor prezenta la seria a II-a a acestor concursuri care va începe la 18 Noembrie a. c. Ei vor avea aceleaşi drepturi ca şi medicii ce se prezintă la concursurile actuale.

D. *Prof. Dr. I. Iacobovici*, a arătat că prin concursuri se poate obţine o selecţie foarte bună a capacităţilor. D-sa a trecut toate concursurile din ierarhia medicală şi crede că numai graţie acestor examene se poate asigura instituţiilor sanitare un personal medical destoinic.

Obiecţiunile cari s'au adus concursurilor nu au nici o valoare în faţa avantagiilor pe cari le oferă, de a impune valori medicale tinere în fruntea locurilor de conducere.

D-sa arată că a susţinut întotdeauna ideea selecţionării prin concurs întrucât ea corespunde mult mai bine stării de lucruri şi realităţilor sociale dela noi.

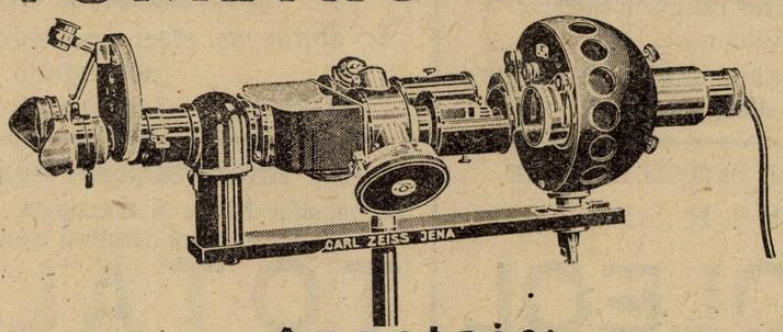
Din partea candidaţilor la concursuri, a luat cuvântul d. *dr. Benedict Drădeanu* care a mulţumit d-lui Prof.

Substanțele biologic importante

din umorile organismului, se pot determina cantitativ — aproape toate — pe calea colorimetriei absolute cu

ZEISS

FOTOMETRU PULFRICH



Avantaje:

1. Suprimarea soluțiilor etalon. 2. Sensibilitate mare.
3. Mânuire simplă și rapidă.

Informațiuni și cataloage gratuite dela

CARL ZEISS, JENA

sau dela reprezentanța generală pentru România:
Societatea Anonimă de Agentură - Comision - Import fost Otto & Alfred Herzog
București I, Bulevardul Carol I, 48

CARL ZEISS JENA

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.

Prospecte ilustrate gratuite

Condițiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

Intr'o poziție privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentului:
în camare pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3–4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)
Cutii a 10 fiole a 2 cc.
Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*
Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.
Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubernard — Paris
Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu
Medicament aliment, gust plăcut.
Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY
Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%
Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.
Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.
Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).
Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*
Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.
Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.
Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
conţin săruri veritabile de Vichy
Cutii a 12 pachete
1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)
Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.
Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.
Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

Dr. *P. Tomescu*, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale pentrucă a reluat firul întrerupt al concursurilor, singura posibilitate de a selecţiona pe medicii tineri, capabili de a conduce un serviciu de specialitate.

Imediat după această şedinţă de deschidere, au început concursurile pentru următoarele specialităţi: medicină internă, chirurgie, obstetrică şi ginecologie, tuberculoză, pediatrie şi puericultură, boli contagioase, stomatologice, oftalmologie, radiologie, dermato-venerice, oto-rino-laringologie, urologie.

Vizitele şi constatările D-lui Ministru al Sănătăţii la instituţiile sanitare din ţară

D. *Prof. Dr. P. Tomescu*, Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale a vizitat în cursul lunei Iunie următoarele instituţii sanitare din ţară luând măsuri pentru a se asigura o cât mai bună funcţionare a lor.

Jud. Muscel

In ziua de 5 Iunie au fost vizitate instituţiile sanitare din Jud. Muscel.

La **Câmpulung** s'a vizitat Spitalul la care se fac mari transformări în vederea completărilor de care are nevoe şi Şcoala de surori-infirmiere foarte bine instalată. Ambele instituţii sunt conduse cu multă competenţă şi cu adevărată pasiune creatoare de d. **dr.** *Petre Georgescu*, chirurg primar al Spitalului.

In **Jud. Muscel** au fost vizitate şcoalele şi serviciile sanitare dela Rădeşti, Schitul Goleşti, Stâlpeni şi Spitalul dela Racoviţa.

Pretutindeni s'a constatat o muncă intensă şi rodnică pentru care D. Ministru a adus mulţumiri şi felicitări medicilor şi personalului sanitar.

Jud. Brăila

In ziua de 12 Iunie au fost vizitate serviciile sanitare din Brăila.

Spitalul bine organizat desfăşoară o mare activitate medicală, sub conducerea d-lor *d-ri Victor Dimitriu* şi *C. Andreescu*. D-l Ministru le-a adus mulţumiri şi felicitări pentru frumoasa operă pe cari au realizat-o.

Policlinica şcolară, care a fost apoi vizitată, este organizată în cele mai bune condiţiuni şi instalată într'un local foarte bine amenajat.

D. Ministru a avut o consfătuire cu reprezentanţii autorităţilor locale asupra măsurilor ce trebuesc luate pentru sporirea mijloacelor de asistenţă medicală în localitate şi pentru reorganizarea serviciului sanitar al oraşului.

Jud. Covurlui

In ziua de 13 Iunie s'au vizitat spitalele din Galaţi: «Elisabeta Doamna», Spitalul «Izolarea», Spitalul Spiridoniei şi Centrul pentru ocrotirea copiilor.

Din cercetarea acestor instituţii a rezultat nevoia unei reorganizări şi regrupări a serviciilor de specialitate, astfel ca să aibă un mai mare randament.

Deoarece Epitropia Spitalului «Elisabeta Doamna» trece prin mari dificultăţi financiare s'a ţinut o conferinţă cu epitropii, în frunte cu P. S. Sa Episcopul Dunării de Jos.

Faţă de nevoia urgentă de a se asigura funcţionarea normală a acestui spital, Guvernul va lua măsurile necesare, care au fost examinate în cursul acestei conferinţe.

D. Ministru a vizitat apoi spitalele de răniţi, constatând cu bucurie spiritul de eroism şi de jertfă, de care sunt însufleţiţi soldaţii noştri.

Jud. Dâmboviţa

In ziua de 20 Iunie au fost vizitate instituţiile sanitare din Jud. Dâmboviţa de D. Prof. Dr. P. Tomescu însoţit de D-nii Dr. I. Stoichiţa, Secretar General al Ministerului şi Dr. P. Nistor, Inspector General Sanitar.

Spitalul din Târgovişte condus de d. *dr. Benone Georgescu* este unul dintre cele mai bune şi mai frumoase din ţară, în care competinţa medicală şi chirurgicală se îmbină în mod fericit, cu grija de a se da bolnavilor un confort foarte civilizat.

D. Ministru a felicitat călduros pe medici, arătând că acest spital va fi dat exemplu pe ţară, pentru buna lui organizare.

In Jud. Dâmboviţa s'au vizitat apoi: Sanatoriul Morceni a cărui reputaţie este bine cunoscută, circumscripţiile: Răcari-Ghergani, Doiceşti, Pucioasa şi Pietroşiţa precum şi frumoasa organizaţie sanitară şi socială a industriilor întemeiate de Soc. Dâmboviţa, — la Fieni.

Jud. Braşov

In ziua de 21 Iunie au fost vizitate Spitalele din Braşov, acest important centru al ţărei, în care instituţiile de asistenţă medicală au nevoe de investiţii importante pentru a fi renovate şi complectate.

In acest scop, Guvernul a acordat pentru terminarea noului pavilion de la spitalul «Mârzescu» suma de 40 milioane lei.

De asemenea s'au acordat fondurile necesare pentru reparaţia celorlalte spitale.

D. Ministru al Sănătăţei împreună cu D-l Secretar General Dr. I. Stoichiţă, au vizitat toate instituţiile sanitare, având apoi o conferinţă la Prefectura Judeţului cu autorităţile locale şi cu medicii.

In această conferinţă s'a discutat şi s'a fixat programul de lucru pentru vara aceasta, astfel că până în toamnă instituţiile sanitare ale Braşovului, să fie complect renovate.

După amiază s'a vizitat circumscripţiile sanitare Cernat, Tărlungeni, Satu-Lung şi Preventoriul de la Şanţuri.

Cu acest prilej, de acord cu d-l Dr. Oprişescu medic primar al Serviciului de tuberculoză de la Spitalul din Braşov, s'a ales locul între Satu-Lung şi Şanţuri, pe care se va construi un Sanatoriu pentru îngrijirea bolnavilor tuberculoşi.

Construcţa va începe vara aceasta.

Problema cadrelor medicale. Selecţionarea şi formarea elitelor conducătoare ale medicinei naţionale

Un articol al D-lui Profesor Dr. P. Tomescu.

Ministerul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a editat o interesantă broşură închinată personalului medical din centrele universitare.

In fruntea broşurei a apărut articolul următor pe care îl reproducem, întru cât tratează două probleme care interesează atât organizaţia sanitară de Stat cât şi opinia publică Medicală.

I

Pentru a asigura o bună organizaţie sanitară a ţării este nevoie, în primul rând, de medici numeroşi şi foare bine pregătiţi.

Este surprinzător că, această chestiune fundamentală, nu a fost niciodată luată în considerare, lăsându-se problema numărului ca şi a specializării medicilor, la iniţiativa personală sau la concepţiunile variate pe cari Facultăţile de Medicină, le-au avut.

Din aceste cauze, am ajuns să avem mai puţini medici decât ne trebuesc şi să ne lipsească numărul mare de specialişti de care avem nevoie, — în unele domenii.

In împrejurările actuale, când pentru organizarea sanitară a ţării se fac mari eforturi, trebue să avem în ve-

dere, în primul rând, problema formării cadrelor medicale, care să asigure în cele mai bune condiţiuni funcţionarea serviciului sanitar al ţării.

In primul rând, avem nevoie de medici mulţi şi Facultăţile de Medicină au luat măsura, în urma hotărîrii guvernului, să înscrie anual un număr mult mai mare de studenţi decât în trecut.

Ce s'a făcut în acest domeniu şi drumul pe care mergem, se poate vedea din tabloul următor, în care se dă situaţia studenţilor cari urmează cursurile în cele trei Facultăţi de Medicină.

Anul de studii	FACULTATEA											
	Bucureşti			Iaşi			Sibiu			Total		
	Studenţi	Studente	Total	Studenţi	Studente	Total	Studenţi	Studente	Total	Studenţi	Studente	Total
I	249	133	382	73	96	169	274	81	355	596	310	906
II	318	139	457	78	87	165	202	64	266	588	290	878
III	170	74	244	56	56	112	100	25	125	326	155	481
IV	141	77	218	40	34	74	74	24	98	255	135	390
V	135	78	214	39	29	68	54	22	76	229	129	358
VI	132	43	175	31	20	51	45	5	50	208	68	278
Total	1146	544	1690	317	322	639	749	221	970	2202	1087	3289

Pentru a da ţării marele număr de medici de care are nevoie, Facultăţile noastre îşi vor mări capacitatea lor, primind un număr mai mare de elevi.

Un însemnat progres s'a făcut, în această direcţie, în anii 1940 şi 1941, când s'au înscris în cele trei facultăţi de medicină — serii de câte 900 până la 1000 de studenţi.

Dacă problema cadrelor medicale va fi rezolvată în curs de mai mulţi ani, studenţii în medicină vor desfăşura o activitate intensă, în domeniul sănătăţii publice, chiar în timpul studiilor lor.

Această activitate va începe îndată ce se va închide anul şcolar.

In vara anului 1942, toţi studenţii şi studentele Facultăţilor de Medicină vor lucra, cu începere dela 1 Iulie cr. în spitalele şi serviciile publice ale Statului, aducând aportul lor de muncă în marele efort pe care ţara îl face pentru cucerirea drepturilor româneşti la hotare şi pentru ameliorarea condiţiilor de viaţă ale poporului, în interior.

Studenţii cari trec în anul V şi IV vor fi repartizaţi la circumscripţiile rurale pentru a înlocui pe medicii plecaţi pe front.

Studenţii cari trec în anii II, III şi IV vor fi repartizaţi la spitalele din toată ţara pentru a ajuta la îngrijirea răniţilor de război şi la aceea a bolnavilor de toate categoriile.

Externii şi internii spitalelor din diferiţi ani de studii vor rămâne la locurile lor, în spitalele unde funcţionează, în baza concursurilor ce au trecut.

Ei vor fi trimişi la spitalele din ţară — în cursul verii — ori când va fi nevoie undeva, de un personal medical ajutător, mai numeros şi mai bun.

Aplicând această metodă, cei 2202 studenţi şi 1087 studente ai Facultăţilor de Medicină, se vor integra, cu începere dela 1 Iulie în organizaţia sanitară a Statului.

Toţi studenţii cari nu dispun de suficiente mijloace, vor avea pe tot timpul serviciului ce vor presta, o diurnă care îi va pune la adăpostul grijilor materiale.

II

Dacă sarcina pregătirii marelui număr de medici de care avem nevoie, — revine Facultăţilor de Medicină, problema formării elitelor medicale, trebue să preocupe, în acelaş timp autorităţile sanitare ale Statului, care o vor rezolva în colaborare cu toate instituţiile medicale şi cu Universitatea.

Urmând o veche tradiţie a medicinei româneşti, socotim că cea mai bună metodă prin care se poate asigura o selecţionare a elementelor bune, o temeinică pregătire a lor şi o evoluţie sigură a oamenilor de valoare, — este concursul de externat, de internat şi de secundariat.

De aceia am reorganizat aceste concursuri, sporind foarte mult locurile de externi şi interni la Clinicile şi Spitalele din Bucureşti şi Iaşi, şi întemeind la Sibiu aceste funcţiuni medicale pentru studenţii universitari.

Concursurile ţinute în acest an, au întrecut cele mai optimiste aşteptări.

O pleiadă de studenţi cu o solidă pregătire ştiinţifică, inteligenţi şi talentaţi, s'au prezentat la concursuri, reuşind să ocupe prin meritele lor, locurile de externi şi interni ai spitalelor din cele trei centre universitare.

Ei formează elita intelectuală a studenţimei medicineşte de astăzi şi vor asigura în viitorul apropiat, evoluţia medicinei naţionale pe plan ştiinţific şi profesional.

In broşura de faţă, închinată personalului medical al instituţiunilor din centrele universitare, sunt cuprinse toate personalităţile profesiunei noastre. Aici veţi găsi alături, pe marii profesori, a căror activitate glorioasă constitue un exemplu, pe medicii tineri, a căror ascensiune o urmărim cu simpatie şi interni şi externi spitalelor, pe cari îi înconjurăm cu cea mai caldă iubire, sperând că ei vor întrece pe înaintaşi.

Studenţii din primi doi ani de medicină, vor găsi în această broşură nu numai un itinerar enumerativ al spitalelor din oraşul lor universitar, dar vor găsi şi un itinerar intelectual, ştiind pentru fiecare serviciu cine sunt oamenii de toate vârstele, cari conduc acolo, atât îngrijirea bolnavilor, cât şi pregătirea studenţilor doritori să înveţe.

Ceva mai mult în fiecare dintre cei cari au răspunderea unei funcţiuni medicale în aceste spitale, studenţii începători vor găsi un exemplu de muncă perseverentă pe care ei trebue să-l urmeze.

Toţi studenţii buni din anul II şi III ai Facultăţilor de Medicină trebue să se prezinte la concursul de externat ce se va ţine la 2 Noembrie 1942 la Bucureşti, Iaşi şi Sibiu. Actualii externi se vor prezenta la concursul de internat ce se va ţine la 1 Decembrie 1942 în cele trei centre universitare.

Pentru ca toate elementele bune să poată ocupa locurile ce merită, Statul şi aşezămintele spitaliceşti, făcând sacrificii importante, vor pune la dispoziţia studenţilor în medicină, la concursurle din toamnă:

Pentru externat: 200 locuri în spitalele din Capitală şi 40 locuri la Iaşi şi 25 locuri la Sibiu.

Pentru internat: 50 locuri în spitalele din Capitală şi 20 locuri în spitalele din Iaşi şi 10 locuri la Sibiu.

Dacă Statul şi aşezămintele de asistenţă publică şi-au făcut astfel datoria, sperăm că şi-o vor face şi studenţii, către care adresăm un călduros apel.

Preparându-se temeinic pentru a fi medici buni, servesc în acelaş timp, interesul lor şi al Ţării.

THIONAÏODINE

INJECTABILĂ A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţă de sulf
reumatisme cronice

PRODUSE ATOXICE
INJECŢII INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

NORMALĂ A & B

toate algiile — nevraxite şi secuale

SURACTIVÉE

NAIODINE + VITAMINE B_1

nevrite şi polinevrite infecţioase şi toxice

A *intramusculară:* două miligr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri de gravitate mijlocie.

B *intravenoasă:* un centigr. Vitamină B_1 pe fiolă de 10 cc.
Cazuri grave.

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS ISSY-LES-MOULINEAUX PARIS

Depozit permanent: Drogueria „STANDARD" Str. Sf. Ionică 8, Bucureşti

NOTIȚE TERAPEUTICE

Cercetări experimentale pentru prevenirea accidentelor prin căldură

Dr. H. Böttner și Dr. B. Schlegel.

Clin. med. Marburg (Referat după Dtsch. Arch. klin Med. 1941 vol. 187).

20% din «accidentele datorite căldurii» se termină fatal (Lambert, N. Y. med. News 1917). De aceea măsurile preventive au fos continuu cerute și controlate, în organizațiile industriale, la trupele în marș, ș. a. m. d. Aportul de aer proaspăt, ameliorarea îmbrăcămintii, mersul în rânduri rare și altele au adus o oarecare ameliorare, dar care în cazurile nefavorabile nu este în stare să combată și să evite accidentele datorite căldurii. Infecțiunile par să favorizeze apariția acestor accidente, cari se manifestă printr'o deficiență a sistemului circulator (=epuizarea din cauza căldurii) și a termoregulațiunii (=insolația) și prin apariția unei insuficiențe clorurate (spasmul datorit căldurii). O despărțire netă a acestor trei simptome datorite căldurii excesive este imposibilă. Pentrucă în cazul accidentelor datorite căldurii se pot observa și turburări ale corticosuprarenalelor, Böttner și Schlegel au încercat să întrebuințeze hormonul cortico-suprarenalei (Cortenil-ul) în profilaxia turburărilor datorite căldurii. Cercetările făcute până acum se întind la 25 persoane, cari au fost puse să transpire într'o cameră încălzită. Pierderea de greutate era determinată prin secreția sudorală; aceeași persoană primea apoi, toate celelalte condiții rămând egale, 10 mgr. de Cortenil i. m. cu 2 ore înainte de experiență. Rezultatul a fost, că sub influența Cortenil-ului, pielea prezenta o secreție sudorală mai abundentă decât fără hormonul scoarței suprarenalelor.

Eliminarea de apă extrarenală după acțiunea căldurii, la o durată de 2 ore a experienței (la 40°):

Fără Cortenil	Cu Cortenil
1640	1810
1360	1730
1300	1610
1010	1760
780	930

După părerea lui Böttner și a lui Schlegel profilaxia accidentelor datorite căldurii cu hormonul cortico-suprarenal se bazează pe creșterea secreției sudorale și în modul acesta pe o susținere a termoregulațiunii fizice. In caz de epuizare prin căldură, când cea mai grav atînsă este circulația (cu o exagerare a frecvenței pulsului), Böttner a încercat adrenalină și strofantină, cari nu au influențat niciuna secreția sudorală. Dar strofantina a produs, în experiența de supraîncălzire, o scădere trecătoare a frecvenței pulsului, care a putut fi considerată o singură dată drept succes definitiv; în general s'a constatat însă, că strofantina nu este indicată pentru a combate accidentele datorite căldurii. In comparație cu aceasta, Cortenil-ul a redus net accelerarea periculoasă a frecvenței pulsului sub influența căldurii, așa de ex., în experiența făcută fără nici un medicament după 2 ore la 40° 156 sau 140 pulsații, după Cortenil 88 (sau 96) de pulsații. La persoanele la cari experiența trebuia întreruptă înainte de vreme (40°), aceasta putea fi terminată fără nicio turburare după 2 ore, dacă li se administrează Cortenil. Se pare că turburările circulatorii datorite acțiunii căldurii sunt evitate de Cortenil printre altele și printr'o mai bună distribuție a sângelui. Turburările subiective, pe cari le resimțeau persoanele supuse experienței fără să li se administreze vreun medicament, nu erau constatate după administrarea hormonului cortico-suprarenal. Odată cu creșterea secreției sudorale sub influența Corenil-ului, se produce și o eliminare mai mare de CINa, fapt care este foarte supărător, mai cu seamă în cea de a treia formă a accidentelor datorite căldurii, în crampa din cauza căldurii. Această crampă de căldură nu se întâlnește de cele mai multe ori decât la tochiștii «obișnuiți» cu căldura, cari nu sunt supuși pericolului de a suferit epuizarea prin căldură sau de apoplexie din cauza căldurii. Ei au un sistem cortico-suprarenal sănătos, de aceea la ei nici nu este necesară administrarea hormonului, ci mai de grabă trebue îngrijit de aportul de apă și de clorură de sodiu. Administrarea cu scop profilactic a unei soluții de CINa 1% în apă nu a dat rezultate atât de pregnante în accidentele prin căldură ca acelea ale hormonului cortico-suprarenal. Deci, este incontestabil că profilaxia cea mai bună va fi aceea făcută cu hormonul cortico-suprarenal. Din păcate, rezultatele bune nu se obțin decât atunci când se face injecție (cu Cortenil), nu și când se administrează pe cale bucală hormonul cortico-suprarenal sintetic sau extractul.

Drageurile de Gravitol în obstetrică și ginecologie

K. E. Fecht,

Spitalul Sf. Vincențiu, Karlsruhe. Z. arztl. Fortbildg. 1934, No. 14, p. 410.

F. a tratat cu drageurile de Gravitol până acuma 250 de femei lăuze, 45 cu avorturi, 25 cu menoragii și 10 cu hemoragii din cauza unui miom. Se pare că Gravitol-ul ajută la menținerea contracțiunii durabile a uterului după facere, hemoragii mai grave nu s'ar mai fi observat după administrarea lui, nici post-partum, nici post-abortum. Deasemeni nu s'au mai produs staze lochiale, cari să fi dus la endometrite și urmări tardive ale subinvoluțiunii (turburări menstruale, deplasări ale uterului). După facere, s'au administrat primii și secundiparelor de 2 ori câte 2 drageuri de Gravitol, femeilor cari erau la a treia sau mai multe faceri de 3 ori câte 2 drageuri. La 18 femei cu hemoragii post-partum, datorite atoniei uterine, injectarea a câte 1 cmc. Gravitol au oprit hemoragia. In avorturi sunt suficiente câte 2 drageuri, de 2 ori pe zi. In caz de retenție lochială sau endometrită post-partum se face o cură de 6 zile, cu de 3 ori câte 2 drageuri pe zi, plus încă de 2 ori pe zi câte 1 cmc. de Gravitol, timp de 2—4 zile. In caz de hemoragii menstruale prea puternice, se administrează femeii timp de 3 zile înainte de menstruație zilnic de 2 ori câte 2 drageuri de Gravitol, și în timpul hemoragiei de 3 ori câte 2 drageuri. In caz de hemoragie foarte gravă (în puberate sau preclimacteriu), se mai injectează afară de aceasta cu 1 zi înainte de menstruație 1 cmc. și în următoarele 3 zile de 2 ori câte 1 cmc. de Gravitol. In 5 din 12 asemenea hemoragii grave, F. a obținut ca în cele din urmă, după 4—5 repetiții ale tratamentului, menstruația să devină normală, iar de 7 ori a mai fost nevoe și de tamponade; de 3 ori, chiar după câteva luni, starea generală era atât de bună, încât a fost posibil să se renunțe la tamponade și Gravitol, care avea rolul principal. In hemoragiile datorite miomelor, economia de sânge realizată prin administrarea simptomatică de Gravitol este foarte importantă. Gravitol-ul este cel puțin egal în acțiunea sa cu preparatele de secală, constanța compoziției sale chimice și toleranța bună de care se bucură fac însă ca Gravitol-ul să fie superior secalei.

Domnii medici pot obține eșantioane și literatură asupra preparatelor de mai sus. adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53, București I. Tel. 3.92.86.

fabrica de produse chimice

gedeon richter

București V,
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69.03

Iodoterapia pe cale parenterală prin

VASOJOD

Subcutan, intravenos, intramuscular

Fiole de 2 și 5 cc. conținând 4 respectiv 10 mgr. iod.

In flatulență, meteorism, enterite acute și hiperaciditate

MAGNOCARBON

de trei ori pe zi 1—2 tablete

In tratamentul urticariei precum și al tuturor stărilor de anafilaxie, atât la copii cât și la adulți prescrieți

PEPTOCALCIUM FORTE

pentru adulți și

PEPTOCALCIUM MITE

pentru copii

tablete

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, Bucureşti

Anul XX No. 15-16 — 15 Lei Exemplarul — 1 — 15 August 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALA
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNII SIBIIU

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. GH. PLĂCINŢEANU: *Contribuţiuni la formele clinice şi tratamentul gangrenei gazoase* . 201

Dr. OCTAVIAN LUPU, MIHAI TELEMAN şi ELENA ZĂINESCU: *Reacţia Chediak, o metodă rapidă pentru depistarea sifilisului în masse* 204

Dr. AL. BĂDESCU şi Dr. O. GĂNŢOIU: *Protecţia medico-socială a maternităţei în Institutul „Regina Elisabeta"* 207

Pagina

ŞEDINŢA CONSILIULUI SANITAR SUPERIOR

Discuţia problemei combaterii malariei 209

Raportul D-lui Prof. Dr. Gh. Zotta. . 209

Expunerile D-lor Prof. Dr. M. Ciucă, Dr. S. Irimescu, Dr. I. Stoichiţă şi Prof. Dr. P. Tomescu 210

NOTE ŞI INFORMAŢII

Constatările D-lui Mareşal Antonescu în inspecţiile formaţiunilor sanitare din Transnistria, Crimeea şi Bazinul Doneţului 211

Invăţătoarele de Igienă şi gospodărie 211

Pagina

Prevederile nouei legi a recrutării, referitoare la stagiul militar al studenţilor în medicină; Şcolile pentru pregătirea personalului sanitar. 212

Vizitele D-lui Ministru al Sănătăţii la instituţiile sanitare din Transnistria, Crimeia, şi Bucovina . . 213

Constatările comisiei pentru combaterea malariei în judeţele Covurlui, Tulcea şi Ismail 214

Inspecţiile D-lui Ministru al sănătăţei la Instituţiile Sanitare din Judeţele Covurlui, Tulcea, şi Ismail

Constatările D-lui Ministru al Sănătăţii în judeţul Prahova 215

ABASIN

Sedativ diurn

Absolut inofensiv. Calmează prompt fără a influenţa facultăţile psihice şi fizice.

Tuburi cu 10 şi 20 tablete de 0,25 g.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «Romigefa» S. A. R., Bucureşti I. Str. Brezoianu 53, Telefon: 3-92-86.

Kamillen Spuman

Substanțele active și curative ale Chamomillei în valorosul procedeu Spuman:

O ideală terapie vaginală cu Chamomilla

In următoarele domenii de întrebuințare, medicul are la dispoziția sa în

Kamillen-Spuman

(Spuman cum Chamomilla)

un terapeutic de un efect curativ, pronunțat intens și rapid.

1 CA TERAPEUTIC VAGINAL ÎNSĂȘI

In tratamentul leucoreei hotărât constituționale, la vulvovaginită, eroziuni ale colului, ragade pe vulvă și vagin, colpită senilă.

2 PENTRU A FAVORIZA VINDECAREA LA ORICE TERAPIE VAGINALĂ MEDICAMENTOASĂ, PRECUM ȘI PENTRU TRATAMENTUL INTERMEDIAR ȘI FINAL

3 CA DESODORANT VAGINAL

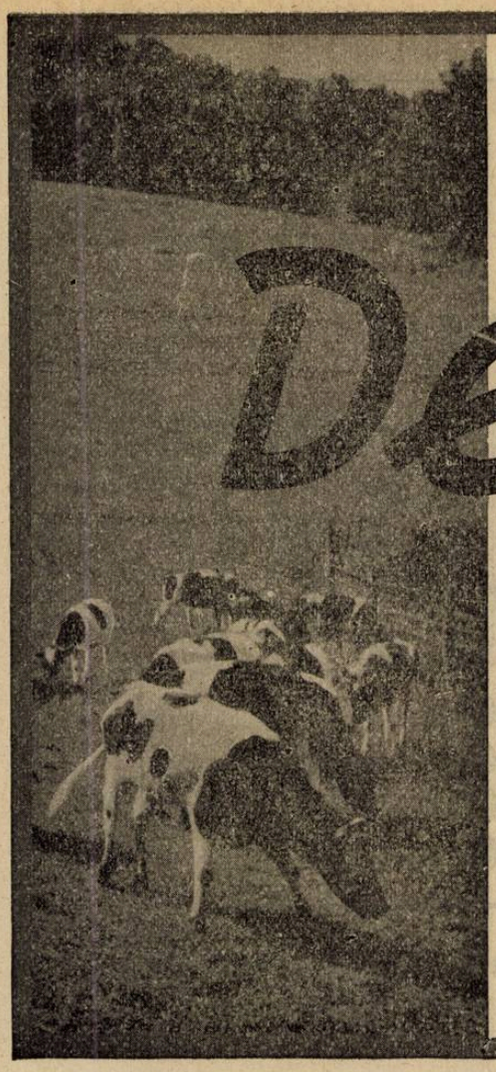
In deosebi la leucoree carcinomatoasă, la lochii fetide în lehuzie.

INTREBUINȚARE

In general se va introduce la 2 zile 1 bujiu, numai în cazuri rebele zilnic un bujiu.

Modul de întrebuințare, simplu și curat ale bujiurilor de Spuman, dă medicului garanția că prescrierile sale vor fi urmate de pacientă întocmai și cu plăcere.

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
STR. SF. IONICĂ, 8 — BUCUREȘTI, I



PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru Romania: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Liniștea noaptea

fără turburări consecutive a stării generale prin

NOCTAL

Tuburi cu 10 comprimate de 0,20 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6.

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Normacol

Schering

Laxativul fiziologic

Superioritatea capacității de a se umfla a Normacol-ului

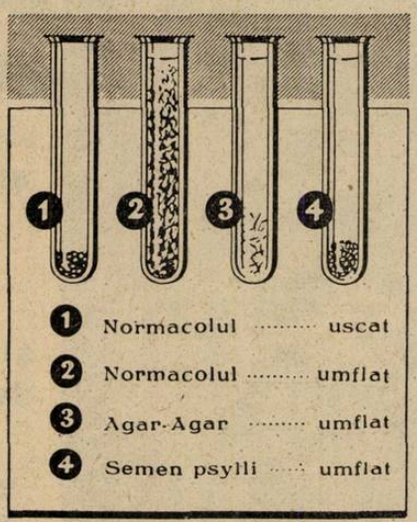
față de alte substanțe naturale este dovedită experimental.

Experiența clinică

arată, că corespunzător capacității sale mărite de a se umfla, cu Normacolul se obține un scaun mai voluminos. Scaunele cu Normacol nu diferă de loc de scaunele normale.

40 publicațiuni științifice

din clinică și practică certifică calitatea și siguranța Normacol-ului.



Cartoane cu 100 și 250 gr.

SCHERING A. G. BERLIN N 65

CODERE S. A.

BUCUREȘTI, Strada Clemenceau Nr. 6

AKTIVANAD

NORDMARK - WERKE HAMBURG 21

stimulează:

ENERGIA VITALITATEA

indicat în stările de:

oboseală și epuizare și în perioadele de efort fizic și intelectual intens.

Forma comercială:

Flacon original de cca. 250 gr.

Dr. Alexandru Radu, București, 3 Str. Sofia 14

Anul XX No. 15-16 15 Lei Exemplarul 1—15 August 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Contribuţiuni la formele clinice şi tratamentul gangrenei gazoase *)

de Prof. Dr. GH. PLĂCINŢEANU

In spitalul de chirurgie al Asigurărilor Sociale, am avut în războiul actual 7 cazuri de gangrenă gazoasă de diferite tipuri clinice, dintr'un total de aproximativ 600 răniţi internaţi.

Iată bolnavii:

Observaţia I-a. Sub. Lt. H. G. de 24 ani, din aviaţie, este adus în spital în dimineaţa zilei de 9 Iulie, fiind rănit la membrul inferior drept într'o luptă aeriană din zorii aceleaşi zile. Este pansat la aerodrom, i se aplică un garrot pentru hemostază la rădăcina coapsei şi este adus la spital într'o stare generală anxioasă şi şocată.

I se face toaleta rapidă a plăgii, care sângera, i se aplică un pansament mai strâns de internul de gardă şi la 8.30 îl operăm subt anestezie.

Este vorba de o plagă prin glonţ dumdum larg deschisă, tunelată, subt regiunea genunchiului drept, cu un orificiu larg deschis în treimea superioară a feţei externe a coapsei drepte şi alt orificiu mai delabrat pe faţa internă a treimei superioare a gambei drepte. Ambele orificii sunt hemoragice, iar ţesuturile moi posterioare strivite. Nu are fractură. Am secţionat muşchii striviţi, tendoanele mortificate şi aponevrozele rupte, curăţind toate anfractuozităţile până la os. Se pune o ligatură pe un vas în profunzime, fără a-l putea identifica. Spălare abundentă cu apă oxigenată plus Dakin, drenaj larg după ce am pus câteva puncte de apropiere de cat gut pe muşchii care se depărtează complect de os, având convingerea că membrul poate fi salvat. I s'a aplicat în cursul zilei 80 cm³ ser antigangrenos, 1000 gr. ser fiziologic, Camfidrol, Digalen, Novalgin, iar după amiază la ora 17 i se face o trasfuzie de sânge, după care starea generală proastă iniţial, s'a ameliorat. Membrul inferior drept, care avea temperatura scăzută după operaţie, începe să se încălzească, totuşi pulsul pedioasei nu se simte.

A doua zi, membrul inferior drept nu era mărit de volum, ţesăturile nu erau infiltrate, nu crepita, nu era edem, totuşi în jurul orificiilor secreţiunea era purulentă şi mirositoare. Dăm drumul firelor profunde şi facem irigaţiuni abundente cu apă oxigenată plus Dakin. I se face ser antigangrenos 80 cm. Camfidrol, Novalgin. Temperatura este normală, pulsul frecvent, dureri în regiune.

A 3-a zi apar simptome locale şi generale de gangrenă gazoasă şi seara este amputat cu două lambouri lăsate libere, în treimea superioară a coapsei. A 4-a zi, starea generală a bolnavului este proastă, bolnavul acuză dureri extraordinare în bont, infiltraţia se menţine. I se fac pansamente schimbate des, ser fiziologic, ser antigangrenos, etc. Mirosul fetid caracteristic este foarte pronunţat. In a 5-a zi îi găsim edem crepitant la rădăcina coapsei cu placarde bronzate întinse spre basin şi abdomen, starea generală foarte proastă. I se fac 3 incizuni debridante pe bont, spre basin, punându-i-se meşe bogate şi imbibate în apă oxigenată. Ser fiziologic, antigangrenos, tonice cardiace. Durerile bolnavului sunt exagerate, nu se pot calma cu nimic, el moare seara cu fenomene de insuficienţă, cardiopulmonară.

Observaţia II-a. Sergentul P. I. de 30 ani, intră în spital cu plagă prin schijă de obuz la nivelul treimei mijlocii a gambei drepte cu fractura cominutivă a tibiei. Prezintă de asemenea o plagă superficială, sdrobită a antebraţului stâng şi alta pe regiunea toracică abdominală dreaptă. Plăgile sunt curăţate şi debridate. A doua zi bolnavul are un debridate. A doua zi bolnavul are un emdrept până deasupra regiunii genunchiului, fără însă alte simptome locale. Starea generală este relativ bună, nu are dureri, are însă ascensiuni febrile de 39° seara. A 3-a zi, îl amputăm în treimea mijlocie a coapsei, lăsând bontul larg deschis cu meşele imbibate cu apă oxigenată şi Dakin. In zilele următoare i se face ser antigangrenos, electrargol, etc. Starea generală se ameliorează, temperatura scade; face mai târziu tulburări gastro-intestinale febrile, care şi ele cedează. Local merge perfect şi este evacuat pentru proteză la spitalul israelit.

Observaţia III-a. Cap. C. I. de 29 ani, este primit cu o plagă în seton prin armă de foc în treimea mijlocie a gambei stângi şi fractura peroneului.

Plaga este curăţată, se scot eschile din peroneu, este larg drenată. In a 8-a zi dela internare face o emoragie secundară abundentă în pansament. I se pun 2 ligaturi pe tibiala anterioară şi i se face o transfuzie de 300 cmc. pe care o suportă bine. Pantopon, Sparteină, Oleu camforat. In a 10-a zi survine o nouă hemoragie, pentru care i se pun suturi în masă şi hemoragia cedează. In seara aceleaşi zile, hemoragia se repetă şi atunci trebue să i se facă ligatura arterei femurale în treimea inferioară. Se face o nouă transfuzie de 100 cmc. pe care bolnavul o suportă de asemenea bine. In a 11-a zi de internare apar primele simptome locale de gangrenă gazoasă. Piciorul stâng este livid, în edem şi cu crepitaţiuni subcutane în tot membrul inferior stâng până la genunchi. Are dureri mari, pulsul este accelerat, temp. ridicată, starea generală anxioasă. Ser fiziologic, ser antigangrenos, strofantină, pantopon. La orele 10.30 seara i se amputează membrul inferior stâng la nivelul terţului mijlociu al coapsei, lăsându-i-se bontul larg deschis. Pansamente abundente oxigenate. In a 12-a zi starea generală e mai bună, i se face o nouă transfuzie de 300 cmc. pe care o suportă bine. In zilele următoare temperatura scade, starea locală este bună, crepitaţiunile cedează şi plaga bontului ia un aspect roz deschis sănătos. I se face Hepatrat zilnic, câştigă în greutate, e afebril şi astfel este evacuat după închiderea complectă a bontului pentru proteză.

Observaţia IV-a. Sold. C. D. de 31 ani, primit în spital cu plăgi strivite şi fracturi cominutive a piciorului drept, flictene şi sufuziuni gazoase sub tegumente până în terţul superior al gambei are şi amputaţia traumatică a labei piciorului stâng, cu ţesuturi livide până spre gambă. Lichide fetide se scurg din plăgi. Prezintă crepitaţiuni gazoase până la treimea mijlocie a coapsei stângi. Starea generală este foarte proastă, are dureri extraordinare la nivelul membrelor inferioare, faciesul este alterat, sudaţii profuze, pulsul foarte frecvent şi respiraţia accelerată. Este anxios şi intoxicat. La spital a fost adus după 4 zile dela rănire, accidentat de un cheson. I se face toaleta plăgilor cu largi irigaţii oxigenate, ser antigangrenos, Cardiazol, ser fiziologic, cu intenţia de a-i redresa starea generală şi al pregăti pentru amputare. Rănitul decedează după câteva ore în aceeaşi zi.

Observaţia V-a. Sold. N. Gh. de 23 ani, este internat în spital după 3 zile dela rănire cu plaga strivită prin schijă a

*) Comunicare făcută la Congresul de chirurgie de război Iaşi, Februarie 1942.

brațului stâng și distrugerea parțială a mușchilor depe braț și regiunea pectorală stângă până la baza gâtului. Flictene pe braț și antebrațul stâng cu sufuziuni gazoase și edem pronunțat. I se face subt anestezie generală 3 incizii mari pe braț și altele pe torace. Se scurge o secrețiune abundentă prin aceasta, edemul apos din țesuturi se reduce ușor, edemul sanguinolent din mușchi, care sunt de culoare vișinie, nu cedează. Se administrează ser antigangrenos, antitetanic, fiziologic, Digalen . Oleu camforat. Spre seară, starea generală se agravează și a doua zi sucombă cu simptome tipice de gangrenă gazoasă.

Observația VI-a. Sold. Gh. I. de 29 ani, este primit în spital cu plagă anfractuoasă a mâni stângi și amputația traumatică a indexului stâng, produse prin explozie de rachetă, este internat după a 3-a zi dela rănire. Prezintă crepitațiuni gazoase pe toată înălțimea membrului superior stâng și fața anterioară a hemitoracelui de aceeași parte. Se observă în plus un edem caracteristic. Starea generală e relativ bună. afebril. I se curăță sub anestezie cu Evipan plaga anfractuoasă, spălându-se bogat cu apă oxigenată plus Dakin. Pe tot membrul superior stâng și fața anterioară a toracelui i se fac largi și profunde incizîuni, din care se scurge o serozitate abundentă. Aponevrozele erau sub tensiune mai ales la antebraț. Drenaj larg. Ser antigangrenos, Prontosil. In a 6-a-7-a zi, procesul local este jugulat, infiltrația gazoasă a dispărut, serozitatea se împuținează, iar după 10 zile, plăgile încep să se cicatrizeze. Bolnavul este evacuat după a 16-a zi dela internare, aproape vindecat.

Observația VII-a. Serg. B. I. de 28 ani. este internat după a 3-a zi dela rănire cu o plagă în seton prin armă de foc, cu intrarea în regiunea spinei iliace drepte și ieșirea în fesa de aceeași parte. Plaga fesieră interesează și rectul, încât ies materii fecale prin ea. I se face sub anestezie cu Evipan o curățire și o debridare largă a plăgii. Este febril, starea generală este atinsă profund, pulsul frecvent, anxios. I se face Rubiazol, ser antigangrenos, fiziologic, camfor, Digalen. A 2-a zi dela internare în jurul plăgii fesiere apar crepitațiuni gazoase întinse pe toată fesa. Se deschide larg plaga, se fac incizii pe fesă, drenându-se cu meșe oxigenate. Se continuă zilnic pansamente umede cu irigații abundente și ser antigangrenos. In a 4-a zi dela internare i se face o transfuzie de sânge de 200 cmc. Starea generală este gravă și sucombă în aceeași zi.

Se admite în general că gangrena gazoasă se prezintă foarte variat din punct de vedere clinic și aceasta este cu siguranță motivul greutății diagnosticului, care este de imperioasă cerință pentru a se stabili foarte precoce. Dacă în adevăr sunt forme de gangrenă gazoasă, care evoluiază în câteva zile, sunt în schimb altele fulgerătoare, care omoară răniții în câteva ore. Dacă sunt cazuri unde simptomatologia este clară și diagnosticul reiese limpede și spontan, sunt forme torpide sau obnubilate, care întârzie o terapeutică energică și promptă din partea chirurgului.

Tratatele clasice și cunoștințele căpătate din războiul trecut au precizat, că gangrena gazoasă este complicațiunea cea mai de temut a plăgilor de război, sfărâmate, anfractuoase, cu artere strivite și regiuni ischemiate, cu musculatură maltratată, cu fracturi multiple și cu mari desosări. Este complicațiunea plăgilor de război, care omoară masiv cu simptome toxemice, pentru care uneori nicio terapie nu poate să le învingă. De obiceiu survine pe subiecte obosite, surmenate, nehrănite și în general, care au sângerat prin plăgile căpătate și care în majoritatea cazurilor rămân șocați profund.

A propos de cazurile noastre, sunt câteva puncte din chestiunea gangrenei gazoase, care au suferit cercetări atente și care merită a fi cunoscute. Acesta este motivul, care m'a îndemnat să fac prezenta comunicare, în legătură cu raportul principal asupra gangrenei gazoase susținut la acest congres de către d. Prof. Dr. *A. Moruzi*.

Iată punctele asupra cărora voiu insista :

1) Polimorfismul clinic al gangrenei gazoase;

2) Metodele de laborator pentru precizarea exactă a diagnosticului;

3) Terapeutica actuală și cea care ar trebui s'o utilizăm, dacă am fi bine utilați în această direcțiune.

1) *Polimorfismul clinic al gangrenei gazoase.*

Pentru *Lecene* și *Moulonguet* aspectul clasic din punct de vedere clinic în gangrena gazoasă se schițează astfel : simptome generale : agitație, vărsături, dispnee, accelerarea pulsului, aritmie, anxietate, descurajare, facies alterat, ochi escavați, limbă uscată, subicter, urinele rare, albuminurie, colaps cardiac, hipotermie, acidemie, acidoză. Simptome locale : dureri accentuate, tumefacție, edem, crepitație gazoasă, pielea marbrată cu treneuri livide, bronz florentin în placarde, flictene, gangrenă cutanată, membrul rece cadaveric, sonoritate la percuție, radiologic pungi cu aer în țesuturi.

De la tabloul clasic complect al aspectului clinic al gangrenei gazoase, pot lua naștere toate formele imaginabile, toate variantele. Nu întotdeauna durerea subită a unei tumefacțiuni a membrului, cu alterarea stării generale, ridicarea temperaturii sunt prezente într'o gangrenă gazoasă; precum cu o stare generală bună (cum este cazul VI), examenul histologic al membrului amputat poate arăta prezența unei gangrene.

Din materialul clinic care-l prezentăm putem spune că gangrena gazoasă, în majoritatea cazurilor, se prezintă cu simptomatologia clasică și îmbracă aspectul clinic arătat mai sus. In primul caz este vorba de o gangrenă gazoasă nebănuită la început, care apare în legătură cu o plagă produsă prin dum-dum, de abia a 3-a zi dela rănire. Momentele prielnice au fost : 1) strivirea masivă a musculaturii posterioare a coapsei și gambei, interesând vasele; 2) garrot pus la primul pansament, care a stânjenit circulația membrului traumatizat, compromis și așa prin vasele arteriale atinse din golul posterior al regiunii genunchiului; 3) teren nervos, anxios; 4) hemoragie survenită imediat după rănire și în tot timpul transportului până la spital. Odată ce infecția cu anaerobi s'a instalat, ea a mers rapid cu maximum de intensitate, atât ca simptome locale (edem, emfizem și sfacel) cât și ca simptome generale de toxemie. A fost un caz tipic de gangrenă gazoasă. Probabil că numai amputațiunea executată dela început, fără simptome de gangrenă totuși, ar fi salvat pe acest bolnav.

Al doilea caz cu gangrenă gazoasă sub forma de sufuziune gazoasă în legătură cu o plagă zdrobită și fractură cominutivă a gambei, nu prezenta aspectul clinic general al gangrenei gazoase. Afară de temperatură, bolnavul nu se plângea de nimic, nu era șocat, nici anxios, nu avea durerea caracteristică loco-regională. Amputația l-a salvat.

Al treilea caz este interesant, căci deschide problema dacă hemoragiile secundare nu ar fi iarăși o manifestare a gangrenei gazoase sau dacă gangrena gazoasă poate surveni mai repede pe un teren hemoragic cu vase compromise și irigație regională stânjenită.

In lucrarea lui *Bieling* și *Nordmann* se vorbește că la răniții ce au sângerat primar până la o scădere sub 50% de hemoglobină, în cele mai multe cazuri sângerările secundare se repetă cu mărirea golurilor gazoase în regiunea plăgii. In alte cazuri hemoglobina scade și fără sângerări externe, probabil datorită unor factori hemolitici. In orice caz, în gangrena gazoasă anemia este facilitată de o proastă oxigenare. La acest bolnav amputația făcută la timp, deasupra zonei infiltrate l-a salvat.

Cei doi răniți (al patrulea și al cin-

Deshidratarea organismului,

tonizarea inimii

la edeme cu geneză

cardiacă şi renală,

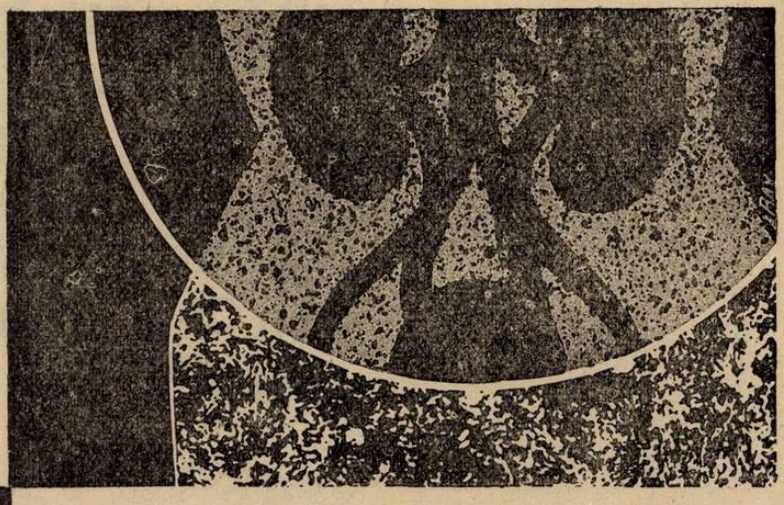
la afecţiunile miocardului,

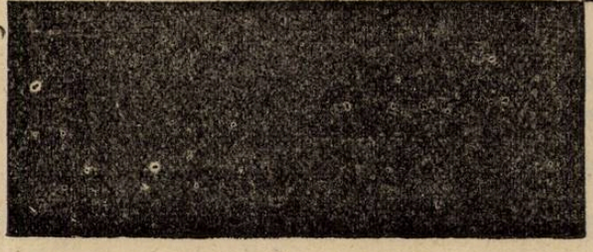
la curele de slăbire

cu

Iod-Calcium-Diuretină

KNOLL A.-G.
Ludwigshafen/Rin.





Tuburi cu 20 tablete.

De 3 ori pe zi 1-2 tablete după masă (mai bine se vor lua cu ceva lichid, ca lapte, etc.).

Admis şi de găsit la depozitul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale

Eşantioane şi literatură prin :

„KNOLL" S. A. R. Produse chimico-farmaceutice

BUCUREŞTI III, STR. ATENA Nr. 29

PARAZITOZE
SPIRILOZE

Stovarsol

ACID OXIACETILAMINOFENILARSINIC

AMIBIAZĂ
CRONICĂ

ENTEROCOLITĂ
POST-DISENTERICĂ
LAMBLIAZĂ

SIFILIS PIAN
FEBRE RECURENTE
ULCER FAGEDENIC

ODETTE ZÉAU

MEDICAŢIE EUTROFICĂ REGLOBULIZANTĂ

Comprimate dorate la
0 gr. 01 - 0 gr. 05 - 0 gr. 25

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON - PARIS (8e)

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

cilea) au forme fulgerătoare de gangrenă gazoasă, unde terapia este neputincioasă, unde amputaţiunile nu s'au putut executa din cauza proastei stări generale. Aceste forme sunt marcate cu o stare de toxemie profundă răniţii par mai mult intoxicaţi decât septici.

Plăgile prin explozii de rachetă pot da (cazul al şaselea) gangrene gazoase diffuze. In acest caz incizile şi debridările largi cu drenaj în suprafeţe mari dau rezultate bune.

Gangrenele gazoase survenite după plăgi fesiere şi mai cu seamă când şi rectul este interesat sunt foarte grave şi sfârşitul letal este de aşteptat. Rănitul din observaţia VII-a după 24 ore dela debridare şi deschiderea largă a plăgii, a sucombat cu simptome locale de gangrenă gazoasă întinsă în massa fesieră.

Aici diagnosticul diferenţial pentru gangrena gazoasă şi flegmonul întins este greu de făcut. Pentru un diagnostic riguros în asemenea împrejurări, *Bieling* şi *Nordmann* recomandă să se facă neapărat examenul histologic. Fibra musculară este atinsă şi în flegmonul întins, dar se menţine în linii şi punţi, întovărăşită de secreţie purulentă bogată în leucocite. La gangrena gazoasă fibra musculară este descompusă masiv, nu mai poate fi urmărită, iar edemul este sărac în leucocite.

2. *Metodele de laborator pentru precizarea exactă a diagnosticului.*

Două metode ne stau la îndemână pentru diagnostic: bacteriologic şi histologic.

Pentru clasici hemocultura rămâne negativă. Din momentul agoniei numai în 7 cazuri pe 48 *Lardennois* şi *Bansuel*, găsesc perfringesul în sânge, isolat sau asociat cu vibrionul septic sau streptococul. Iată însă că, *Bieling* şi *Nordmann* aduc contribuţiuni noi şi interesante din acest punct de vedere. Diseminarea bacililor gangrenoşi se face pe cale sanguină din timpul vieţii, cât timp circulaţiunea e bună. Ei nu se opresc şi nu colonizează decât atunci când survine o molestare de ţesute (garrot, pansament strâns, injecţii intramusculare, etc), când fac metastasă gazoasă. Prezenţa bacililor în sângele venos al gangrenosului, după aceşti autori, se demonstrează foarte uşor. Câţiva cmc. de sânge pus în bulion de ficat, arată după 6—8 ore creşterea vie a bacilului Fränkel, cu elaborare de gaz. După 18 ore se văd colonii caracteristice pe sticlele cu sânge — agar — zahar de strugure. Pentru autorii aceştia e foarte important diagnosticul bacteriologic. Ei dau două exemple interesante- un rănit, care a-rată simptome de gazos, cu 2 examene de sânge negative, moare şi la autopsie se găseşte septicemie prin stafilo şi colibacil; al doilea caz cu diagnostic de gangrenă gazoasă care are două hemoculturi şi un examen din bontul de amputaţie pozitive succombă şi autopsia arată gangrenă gazoasă.

Şi din punct de vedere al prognosticului este necesar să se cunoască de timpuriu diagnosticul bacteriologic. Dacă după 24 ore dela amputaţie hemocultura rămâne negativă putem face un prognostic favorabil. Pe cadavru încă se poate diagnostica bacteriologic cu multă precizione, dacă se face o hemocultură cu sângele din cord.

Al doilea examen este cel histologic, el nu poate da însă natura agentului patogen. Cei trei agenţi provocatori de gangrenă gazoasă, care au fost luaţi în consideraţiune şi cu care a experimentat pe animal *Bieling* şi *Nordmann* sunt, Bacillus perferingens (Fränkel), Bacillus Pararausch. In adevăr, pe cupele histologice sunt modificări tisulare remarcabile după speţa bacilului care le-a provocat. Cele mai profunde distrugeri le face bacilul Fränkel, unde infecţia este caracterizată prin desvoltare de gaz şi topirea lichidă a ţesutului muscular cu un oedem redus. Bacilul Pararausch arată o desvoltare de gaz destul de pronunţată, însă necroza musculară nu este totală, mai persistă încă legături de ţesut. Oedemul este de aceeaşi tărie ca şi la Fränkel. In opoziţie cu acesta, bacilul Novy arată o desvoltare de gaz şi goluri de topire musculară însă ceea ce este caracteristic pentru acesta, el produce un oedem foarte pronunţat de natură hemoragică.

Experienţele pe animal făcute de aceşti autori arată că, toxina lui Novy produce o necroză particulară pe ficat, toxina de Pararausch este cam la fel, iar cea de Fränkel produce excepţional aceste necroze.

Deci biopsia din muschiul atins şi suspectat de gangrenă gazoasă prezintă aspecte histologice deosebite pentru fiecare agent patogen din cele trei categorii. Acestea în general sunt marcate prin: oedem sărac în leucocite cu fontă musculară masivă prin topire completă. In cele mai multe cazuri infecţia la om este o infecţie produsă de mai multe feluri de bacili la care ia parte şi streptococul foarte adeseori.

Cercetările farmacologice făcute de *Lautenschläger* au complectat cunoştinţele noastre asupra puterii toxice a acestor bacili gangrenoşi. Toxina lui Fränkel are o influenţă negativă inotropă asupra cordului de broască izolat. Toxina lui Pararausch produce o oprire sistolică a inimii, iar toxina Novy dă un tablou de otrăvire a acestui organ.

Avem la îndemână trei mijloace terapeutice: chirurgical, seroterapic, chemoterapic.

Tratamentul chirurgical. Acesta cere un diagnostic rapid şi o hotărîre extemporanee pentru intervenţiune. Sau se fac incizi largi, lungi şi profunde pentru a degaja, a localiza infecţiunea, atunci când avem convingerea că musculatura nu a fost afectată în profunziune mare, când nu este fractură cominutivă sau mari desosări şi când starea generală este relativ bună. Prin aceste incizi se uşurează scurgerile serozităţii oedemului toxic în afară şi tot prin ele cu irigaţiuni oxigenate şi pansamente imbibate se asigură o bună oxigenare a regiunii.

Dacă însă membrul e atins iremediabil prezentând simptome locale de gangrenă gazoasă tipică, cu stare generală proastă, trebue amputat. O amputaţie în ţesut sănătos din punct de vedere bacteriologic, nu se poate face. Bacteremia este instalată dela începutul infecţiunii. Prin examene bacteriologice la autopsie s'a putut decela prezenţa bacililor gangrenoşi şi în muşchi sănătoşi, fără ca aceştia să fi suferit fonta gangrenoasă în timpul vieţii. Deci amputaţia să se facă cât mai precoce în ţesuturi sănătoase din punct de vedere anatomic şi clinic.

Fr. *Bernhard* după recomandarea lui *Burkle* de la Camp deja din 1931, întrebuinţează în două cazuri de gangrenă gazoasă incizii largi cu bisturiul electric. Pentru dânsul electrochirurgia este singura indicată în asemenea plăgi complicate de gangrenă gazoasă.

Karl Otto Peters în trei cazuri deschide larg plăgile.

Face incizii întinse pe regiunile infiltrate de edemul gazos şi le menţine căscate prin lopăţele de scânduri. Astfel poate să le irige cu 2—3 litri de apă oxigenată pe minut, cu rezultate bune în toate cele trei cazuri. Acest autor recomandă deci încă din 1939 tehnica de căscare largă a plăgilor şi menţinerea deschisă prin lopăţele de scândură.

Trebue să adăugăm încă două fapte la tratamentul chirurgical. Unul priveşte o chirurgie profilactică, în sensul că plăgile produse prin proiectile de război trebuesc tratate cu multă atenţie, trebuesc debridate larg, excizând toate părţile mortificate, scoţând eschilele şi corpii străini din anfractuozităţile sale, adică să se realizeze o riguroasă toaletă a plăgii. Aceste plăgi pot scăpa de complicaţiunea gangrenei gazoase. Al doilea fapt priveşte pe cei şocaţi, cei ce au sângerat. Afară de toate mijloacele adjuvante tratamentului chirurgical trebueşte neapărat ca

să se administreze acestora sistematic transfuzii de sânge în scop profilactic. Observaţiile autorilor au arătat că operaţiunile făcute pe transfuzat dau rezultate mult mai bune decât pe cei cu hemoglobina scăzută, fie prin pierdere de sânge, fie datorită prezenţei agenţilor hemolitici în sânge.

Tratamentul seroterapic. O profilaxie cu ser antitoxic s'a întrebuinţat în războiul spaniol (1936—1938), fără nici un rezultat pozitiv. Serul antitoxic gangrenos se resoarbe foarte lent deabea după 24 ore. Sunt cazuri când gangrena gazoasă se desvoltă în câteva ore dela rănire şi duce la moartea rănitului înainte ca să fi fost timp pentru a se resorbi serul injectat. Deci o profilaxie precoce cu ser antitoxic gangrenos este greu de făcut şi afară de aceasta necesită prezenţa a mari cantităţi de ser, care ar trebui să fie la îndemâna formaţiunilor sanitare din prima linie. In ce priveşte profilaxia tardivă, aceasta este posibilă, ea se poate face îndărătul frontului, când se poate injecta intravenos până la 100 cmc. de Gasbrandserum.

Tratamentul chemoterapic se face cu sulfamide. Se poate administra concomitent cu serul antitoxic, în care caz experienţele pe animal au arătat că ambele preparate capătă o putere de vindecarea mai ridicată. *Bieling* şi *Nordmann* recomandă preparatul Mesudin, care este un succedaneu al Prontosilului. Din experienţele pe animal, pudra de Mesudin aplicată direct în plăgile infectate cu bacili gangrenoşi influenţează bine mersul postoperator.

Concluziuni. Gangrena gazoasă este o complicaţiune gravă a plăgilor de răsboiu în deosebi, şi apare cu forme clinice foarte variate, de unde şi uneori greutăţi la identificarea sa. Pentru precocitatea diagnosticului şi precizunea acestuia, este recomandabil, după experienţele lui Bieling şi Nordmann, proba bacteriologică şi cea histologică. Prin urmare, laboratorul de bacteriologie şi de prosectură trebue să urmeze formaţiunile sanitare militare dindărătul frontului. Odată diagnosticul clinic sau mai precis cel de laborator al gangrenei gazoase pus, trebue să se lucreze energic pe cale chirurgicală, fie prin deschideri largi, care vor fi oxigenate prin orice mijloc, fie prin amputări în ţesuturi sănătoase. Bolnavii vor fi trataţi în acelaş timp cu cantităţi masive de gasbrandserum, pe cale intravenoasă şi vor fi transfuzaţi cu sânge pentru remontarea circulaţiunii şi asigurarea unei oxigenări prompte şi bune generale şi locale a ţesutelor. Armata trebue să fie prevăzută în unităţile sanitare dinainte cu ser antigangrenos în cantităţi mari, cu sulfamide în pastile şi în pudră, pentrucă infecţiunea de gangrenă are o incubaţiune foarte scurtă şi trebue lucrat precoce şi energic. Soldatul trebue să primească pe lângă injecţiunea de cmc. de ser antitoxic tetanic şi 20 cc. de ser gangrenos în sens de profilaxie precoce. După 8—10 ore dela rănire el va primi în formaţiuni dindărăt doza de ser pentru profilaxia tardivă. Dacă gangrena gazoasă s'a instalat, atunci se vor face doze masive de Ser antigangrenos intravenos până la 400 cmc. In toate perioadele tratamenetului se vor adăuga sulfamide (Mesudin sau Prontosil) precum şi transfuzii de sânge, tonice cardiace, etc.

Reacţia Chediak, o metodă rapidă pentru depistarea sifilisului în masse

Dr. OCTAVIAN LUPU,
Directorul Departamentului Sănătăţii din Guvernământul Bucovinei
MIHAI TELEMAN şi ELENA ZĂINESCU
Medic Şef. al Lab. igienă Asistentă de Laborator

Deşi situaţia actuală în care ne aflăm ne impune probleme urgente de rezolvat în scopul prevenirii şi combaterii diferitelor maladii contagioase precum şi diferite alte probleme sanitare de război care urmează în mod fatal acestor situaţii anormale, totuşi convinşi că lupta pentru menţinerea şi îmbunătăţirea stării sanitare a populaţiei trebue dusă prin toate mijloacele şi în orice împrejurări, ne-a făcut să ne gândim şi la problema sifilisului sub aspectul său social.

Ţinând seama de împrejurările în care ne aflăm azi, mai mult ca oricând, posibilităţile de infectare sunt mult mai mari, cu repercusiuni în viitorul apropiat, fapt care ne impune luarea de măsuri din timp. In adevăr, prin dislocarea atâtor elemente tinere din mediul lor familiar, lunga separaţie a soţilor, la care se mai adaugă starea de spirit a omului în război şi scăderea nivelului moralităţei, se poate înţelege mai bine ce condiţii prielnice se creiază pentru răspândirea sifilisului şi a boalelor venerice în general. Din această stare de lucruri rezultă un pericol social din cele mai mari, cari în afară că periclitează sănătatea individzilor prin contaminare, dar periclitează însăş sănătatea generaţiilor viitoare, conducând la depopulare şi degenerarea însăşi a rasei.

Pentru preîntâmpinarea acestor lucruri lupta trebue dusă mai întâi prin descoperirea surselor de infecţiune, prin examene serologice de laborator şi apoi instituirea unui tratament serios.

Din diferitele anchete sociale asupra sifilisului care s'au făcut în ţară la noi, s'a putut constata descoperirea a numeroase cazuri de sifilis numai pe cale serologică, care deşi nu prezentau simptomele clinice de sifilis, totuşi din punct de vedere al infectări-i prezentau aceleaşi pericole.

Pentru a obţine rezultate cât mai precise în depistarea sifilisului pe cale serologică aplicată la masse mari de indivizi, se impun două condiţii şi anume: a) o recoltare perfectă, simplă şi cu o posibilitate uşoară de transportat a sângelui şi b) aplicarea unor metode simple, precise, economice şi rapide.

Technica recoltării sângelui pentru metodele clasice este bine cunoscută. Atragem atenţia asupra expedierii acestor probe care de multe ori se face în mod defectuos mai ales când vin din regiuni îndepărtate de reşedinţa laboratorului, din cauza alterării şi laqări sângelui provocată prin acţiunea agenţilor fizici (căldura în timpul verii, înghetul iarna, agitarea mecanică pe drum) precum şi o sterilizare imperfectă a recipientelor. Toate aceste dificultăţi se măresc când e vorba să facem anchetă în masă, la care se adaugă o cheltuială mare de material şi de timp.

In ceia ce priveşte a 2-a condiţiune: aplicarea unei metode precise, în urma numeroaselor congrese internaţionale ce s'au ţinut, s'a hotărât în unanimitate ca metodă de bază r. B. W. însoţită de una sau două reacţii, dintre care una să fie o reacţie de floculaţie, deoarece avem o diferenţă a sensibităţii acestor metode în diferitele stadii ale sifilisului şi care aplicate împreună se complectează, constituind tot odată o siguranţă în plus. Dacă din punct de vedere clinic aceste metode şi-au câştigat un loc de frunte bine meritat, aplicarea lor la un număr foarte mare de cazuri devine anevoiasă, din cauză că se cere un timp îndelungat şi o cheltuială destul de apreciabilă.

Se impune deci în acest caz, o simplificare a modului de recoltare, de expediere şi aplicarea unei metode simple, rapide şi precise.

Soluţionarea acestei probleme a găsit-o cercetătorul cuban **Chediak**, prin

Pentru tratamentul rapid al gonoreei

ELEUDRON

p-aminobenzolsulfonamidothiazol

Eficacitate perfectă în orice stadiu al gonoreei

Procent de vindecări foarte mare după un tratament de numai 2 zile cu un total de 10 gr.

Toleranţă perfectă

Eficacitate foarte mare şi împotriva infecţiunilor cu stafilococi, pneumococi şi meningococi.

Tuburi cu 20 de tablete a 0,5 gr.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMICEFA» S. A. R., Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92.86.

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficienţă ovariană, anovarii congenitale, sau câştigate, menopauză precoce sau fiziologică.

Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru injecţii intramusculare, o fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3 pe zi.

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

introducerea unei metode foarte simplă în ceia ce priveşte modul de recoltare şi foarte rapidă şi precisă ca metodă pentru depistarea sifilisului.

Tehnica originală a metodei Chediak este următoarea:

Se recoltează o picătură de sânge din deget sau lobulul urechii, se întinde pe o lamă de sticlă dându-i o formă rotundă, se defibrinează sângele cu ajutorul altei lame timp de ½; se usucă. Peste această picătură de sânge se adaugă 0,015 cmc. dintr'o sol. Cl. na 3,5%. Pe altă lamă se face un inel de parafină cu diam. de 1,5 cm. în interiorul căruia se introduce amestecul picăturei de sânge cu sol. Cl. na. 3,5%. Peste acest amestec se adaugă 0.03 antigen Meinike preparat la 56° cu o sol. Cl. na 3,5%. Totul se agită cu mâna sau cu un agitator mecanic timp de 3'. Se lasă 4—5 minute la camera umedă după care se face citirea la microscop cu obiectivul mic. La cazurile pozitive apar flocoane mai mari sau mai mici, neregulate de culoare brună roşietică. La cele negative rămâne un precipitat fin, omogen de culoare cenuşie.

Ulterior s'au adus modificări şi perfecţionări ale acestei metode originale de către **Vogt, Meinike şi Fischer,** care au dus la actuala metodă. **Meinike** recomandă a se întrebuinţa simultan două antigene: normal Meinike şi soda Meinike, reacţia devenind mai sensibilă cu antigenul sodat.

Această metodă a fost introdusă în Germania şi s'a aplicat pe o scară întinsă de către diferiţi cercetători sub denumirea de T. B. R. (Trocken blut reaktion).

Primul care a introdus această metodă în Germania a fost **Dahr,** care examinând 1000 cazuri ajunge la următoarele concluzii: R. Chediak este o reacţie superioară celorlalte nu numai în sifilisul secundar, dar şi în sifilisul latent. O recomandă ca fiind o reacţie rapidă, precisă excelentă din punct de vedere a depistării sifilisului în masă.

Vendeborn (1935) examinând 233 probe comparativ cu r. B. W. şi Kahn este de părere că reacţia Chediak poate fi socotită ca o reacţie precisă atât pentru analizări în grup cât şi ca mijloc de orientare când o diagnoză serologică urgentă este cerută.

Vendlberger şi Schreiner (1935), controlând r. Chediak cu reacţiile obişnuite a găsit-o greşită la 9,5% cazuri, însă la 5,8% a fost superioară seroreacţiilor. O recomandă ca fiind o reacţie de încredere.

Leipner (1935) examinând 104 probe de sânge la diferiţi bolnavi de piele este de părere că r. Chediak dă rezultate destul de apropiate de ale celorlalte reacţii.

Navratil (1935) a examinat 266 probe de sânge retroplacentar şi ombilical (272). A întrebuinţat r. Chediak ca reacţie de cercetare. La fiecare caz pozitiv a făcut şi celelalte reacţii. A găsit rezultate destul de favorabile, este de părere să se facă şi celelalte reacţii la cazurile pozitive.

Steht (1937) a examinat 1126 cazuri. O recomandă ca pe o reacţie de mare încredere.

Böhm (1937) examinând 1456 cazuri ajunge la concluzia că rezultatele pozitive la r. Chediak sunt aproape totdeauna sigur sifilitice, cele negative nu sunt sigure, iar pe de altă parte din cauza procentajului de erori, crede că această metodă nu poate înlocui celelalte reacţii

Dahr (1937) răspunde lucrării lui Böhme care este în contrazicere cu lucrările lui şi a celorlalţi cercetători, că numărul mare de erori se datoreşte probabil datelor clinice necontrolate, trimise de diferiţi medici şi prin faptul că nu s'a ţinut de prescripţiunile metodei, întrebuinţând o picătură de sânge din cheag în loc de sânge capilar. La analize în masă este cea mai indicată metodă.

Müllfort, conducătorul secţiei dermatologice din Institutul Sfânta Maria (Allenstein), întrebuinţând r. Chediak alături de r. serologice obişnuite şi obţinând coincidenţă perfectă la toate cazurile, a renunţat după un timp de a mai face celelalte reacţii. El şi colegii lui se servesc de atunci cu mare încredere numai de met. Chediak pentru diagnosticarea sifilisului.

Kemkes (1939) a executat 7632 cazuri la copii de şcoală având rezultate destul de favorabile.

Schwalm (1939) a lucrat peste 1000 cazuri la femei gravide dintre care 452 le-a controlat şi cu r. serologice obişnuite, constată că r. Chediak dă aceleaşi rezultate ca şi celelalte reacţii. La cazurile la care r. Chediak a est pozitivă se poate institui tratamentul fără nici o îndoială.

Th. Fritsch (clinica dermat. Univ. Köln. 1941) este de părere că nespecificitatea r. Chediak care după diferiţi autori variază între 4—14% se datoreşte unui număr restrâns de cazuri examinate din care autorii au extras procentajul. In lucrările lui proprii aceste procentaj a fost mult mai mic. Totul depinde de o tehnică perfectă şi în primul rând de defibrinare. Pentru examinări în serie în cadrul armatei este o metodă excesiv de favorabilă. In primul rând sunt descoperiţi suspecţii.

H. Ewald (cl. dermat. Danzig, 1941), este de părere că r. Chediak originală este mîgălcasă din două puncte de vedere: defibrinarea sângelui proaspăt şi agitarea amestecului picăturei de sânge cu sol. Cl. na 3.5%. Modificarea adusă de Meinke este superioară mai ales aceia în care întrebuinţează două antigene. Este de părere că această reacţie este foarte bună şi că foarte rar îi scapă cazurile pozitive care ies cu alte reacţii. Rezultatul depinde de conştiinciozitatea şi experienţa celui care execută reacţia. Recomandă să se facă şi r. B. W.

După părerile acestor cercetări reiese că r. Chediak este singura reacţie care se poate aplica la depistarea sifilisului în masă, fiind o reacţie rapidă eftină, se execută uşor în laborator şi în acelaş timp dă rezultate precise ca şi celelalte reacţiuni.

Dahr a examinat în Germania la lucrătorii din regiunea Köln un număr de 230.000 indivizi, găsind un număr de 1700 cazuri sigur pozitive.

După Schwalm şi Müllfort reiese că se poate diagnostica şi trata sifilisul bazându-ne numai pe rezultate pozitive ceace nu este aprobat de ceilalţi autori. Majoritatea sunt de părere că reacţia Chediak nu poate fi întrebuinţată decât ca mijloc de orientare, rămânând ca fiecare caz pozitiv să fie întărit înainte de tratament şi cu celelalte reacţii serologice.

Bazaţi pe consideraţiile de mai sus şi dorind a contribui la opera de redresare a provinciei din nordul ţării, am introdus această metodă de lucru în cuprinsul acestui Directorat Sanitar.

Scopul nostru nu este numai de-a controla această metodă, ci mai ales de-a urmări rezultate practice prin descoperirea cazurilor de sifilis, aplicând această metodă la un număr cât mai mare de indivizi.

Unul din motivele principale ale programului nostru de lucru e realizarea cadastrului radiologic şi serologic al întregei populaţii.

Am stabilit următorul plan de lucru:

1. Controlul unui mare număr de indivizi prin această metodă.

2. Verificarea cazurilor pozitive prin reacţia B. W. şi floculaţie

3. Ancheta în mediul familiar şi aplicarea unui tratament riguros.

Deci în loc de-a executa reacţia B. W. la un număr foarte mare de indivizi, isbindu-ne de neajunsurile enumerate mai sus vom executa un număr restrâns de reacţii B. W. numai la indivizii cu reacţia Chediak pozitivă.

După ce în prealabil s'au dat instrucţiuni scrise şi verbale tuturor medicilor asupra modului de recoltare a sângelui precum şi scopul urmărit, s'a procedat la aplicarea acestei metode în Laboratorul Regional de Igienă Cer-

năuţi în cursul lunei Februarie 1942.

Inainte de a aplica această metodă de lucru, pentru a ne pune la punct cu toate detaliile technice ale reacţiei, am controlat un număr de 100 indivizi în diferite stadii ale infecţiunii sifilitice, precum şi un număr de indivizi, sigur în afară de această infecţie.

Technica recoltării sângelui. Se recoltează o picătură ceva mai groasă de sânge din pulpa degetului pe o lamă de sticlă la una din extremităţile ei. Sângele se întinde cu ajutorul coltului altei lame dându i o formă circulară cu diam. 15 mm. Sângele astfel întins trebuie bine defibrinat prin amestecarea lui timp de ½—1 minut cu vârful unei lame. Defibrinarea este absolut necesară, deoarece în caz contrar se detaşează mici fragmente care împiedică citirea reacţiei. Sângele se lasă să se usuce la temperatura camerii, negrăbind uscarea prin nici un fel de mijloc. Nu se va întrebuinţa sânge extras prin punctie venoasă, sângele capilar fiind absolut necesar pentru o bună reuşită a reacţiei.

Expedierea lamelor este foarte simplă, reacţiunea putându-se executa în condiţii bune chiar după 2 săptămâni.

Technica reacţiunii. Metoda Chediac necesită o aparatură şi un material foarte redus şi anume:

lame obişnuite de sticlă
ansă de platină cu deschizătură normală (2-3 mm.)
bae marină simplă sau electrică
lampă de spirt
cameră umedă improvizată
microscop.
Antigen Meinke klärung II
Sol. cl. na 3,5 %

Reacţia se execută pe serii de lame. Peste fiecare picătură de sânge se adaugă o cantitate aproximativ egală dintr'o sol. cl. na. 3,5% peste toată picătura de sânge cu ajutorul unei baghete de sticlă în aşa fel ca să nu sgâriem picătura de sânge. Această operaţie se execută în camera umedă. Imediat sol. cl. na 3,5% ia o coloraţiune roşie brună din cauză dizolvării hemoglobinei. Se lasă în contact la camera umedă timp de 1/2 oră pentru ca extracţia să se facă complect. In timp ce se face extracţia preparăm antigenul.

Luăm 0.2 antigen Meinike Klärung II (pentru o serie de 100 lame) într'o eprubetă. Luăm separat în altă eprubetă 2 cmc. sol. cl. na. 3,5%. Ambele eprubrete se introduc în baia marină, încălzind'o treptat începând dela temperatura camerii până la 56°. Când temperatura apei a ajuns la 56° se toarnă sol. cl. na. 3,5% peste antigen şi se lasă la baia marină exact 2', după care turnăm de câteva ori antigenul dintr'o eprubetă în alta. Antigenul astfel preparat se varsă într'o sticlă de ceasornic fiind gata pentru reacţie.

Se ia cu ansa o picătură de antigen care se depune pe aceaşi lamă pe care s'a recoltat sângele. Cu aceiaş ansă se ia o picătură din sângele hemolizat şi se amestecă pe lamă cu antigenul. După fiecare lamă se separă ansa trecând'o prin apă distilată, apoi alcool şi se flambează. Amestecul se lasă la camera umedă 15' după care se face citirea reacţiei la microscop cu obiectivul mic şi condensatorul scoborât. Reacţia este pozitivă dacă apar flocoane mai mari sau mai mici, dispuse neregulat de culoare brună roşiatică. Intensitatea reacţiei se apreciază după mărimea acestor flocoane.

Reacţia este negativă dacă apare un precipitat fin uniform de culoare cenuşie.

Principiul reacţiei Chediak este acela al reacţiilor de floculaţie, fiind ca şi acelea o metodă monofazică care întrebuinţează 2 substanţe: serul şi lipidele conţinute în extracte şi care interpretează rezultatul acestei asociaţii. Prin asocierea lor cele două coloide din ser şi din antigen se produce un precipitat, care este foarte slab şi se produce lent la serurile normale, iar cu serurile sifilitice precipitatul e mare şi rapid.

Mecanismul intim al acestei floculaţii rapide la serurile sifilitice se explică prin scăderea alcalinităţii lor, creşterea cantităţii globulinelor şi scăderea stabilităţii componentelor serului sifilitic. Floculaţia se produce din cauza încărcării electrice negative a extractului a cărui reglaj se face prin diluţia antigenului după norme stabilite şi electropozitivitatea serurilor.

In rezumat, reacţia Chediac este o micrometodă care întrebuinţează cantităţi minime de ser şi antigen, fiind o metodă superioară celorlalte deoarece ca permite de a preciza prin microscop stările particulare ale serurilor.

Meinike a modificat această metodă făcând-o mai sensibilă prin întrebuinţarea în acelaş timp a unui antigen care se diluiază cu o soluţie de cl. na. 3,5% care conţine 1% carbonat de sodiu. Reacţia se face cu ambele antigene cu singura deosebire că se întrebuinţează o cantitate dublă de antigen carbonatat, adică se iau două anse de antigen carbonatat la o ansă de ser. Cu antigenul carbonatat reacţiile pozitive sunt mai nete dând un precipitat mai bogat.

In cursul acestor lucrări am observat că extracţia serului se poate face şi fără cameră umedă pe masa de laborator fără a se usca.

Antigenul preparat nu poate fi întrebuinţat peste 20', deoarece precipită singur ceia ce poate să falsifice rezultatele.

Cazurile negative chiar dacă le lăsăm 24 ore la camera umedă nu şi schimbă aspectul de precipitat fin, omogen, la cele pozitive apar flocoane mai mari, deci nu avem nici un inconvenient dacă citim reacţia după 15'.

Lamele cu picătura de sânge prea subţire nu dau rezultate precise deoarece nu se poate extrage cantitatea suficientă de ser care să facă ca o reacţie pozitivă să apară netă, eşind în acest caz negativă sau dubioasă.

Dela 20 Februarie 1942 până în prezent s'au examinat în Laboratorul de Igienă Cernăuţi 15570 reacţii Chediak. Aceste examene s'au făcut în mediu şcolar, cazărmi, închisori, fabrici, la gravide şi la cazuri izolate.

Randamentul acestei metode este foarte mare

O singură persoană poate recolta cu uşurinţă 200 de lame într'o după masă, iar laboratorul poate executa zilnic 600 lame examinând trei persoane, fără a stingheri cealaltă activitate a laboratorului.

Repartizate după judeţe avem:

Municipiul şi jud. Cernăuţi	9677
Judeţul Rădăuţi	2167
« Dorohoi	1067
« Hotin	829
« Storojineet	808
« Suceava	534
« Câmpulung	479

Din numărul de 15570 reacţii executate am găsit:

326 reacţii net pozitive.
129 « dubioase.

Din cele 326 reacţii net poziitve am controlat până în prezent 135 cazuri prin reacţia B. W., Cytochel, Hecht-Muttermilch, iar dintre cele 129 reacţii Chediak dubioase un număr de 65 cu următorul rezultat.

Din cele 135 cazuri controlate am găsit:

97 cazuri în care reacţia Chediak a corespuns cu toate reacţiile.

34 cazuri la care r. B. W. a fost neg., celelalte net pozitive.

4 cazuri în care n'a corespuns cu nici o reacţie.

Rezultă de mai sus că avem un procent de 71.8% în care R. Chediak este în perfectă concordanţă cu celelalte reacţii, un procent de 25,1% în care r. Chediak corespunde numai cu reacţiile de floculaţie şi Hecht şi un procent de 3,1% în care r. Chediak n'a corespuns cu nici una din reacţii.

— Hormonii foliculari şi ai corpului galben izolaţi până în prezent nu sunt singurii Hormoni secretaţi de ovar.
— In majoritatea cazurilor un singur Hormon nu rezolvă tratamentul unei disfuncţiuni ovariene.
— Deaceea prezentăm corpului medical un extract total ovarian sub o formă nouă (în soluţie oleoasă) care include în afară de Hormonii menţionaţi, absolut toate proprietăţile glandei totale.

Lipogyn

FORME CLINICE:

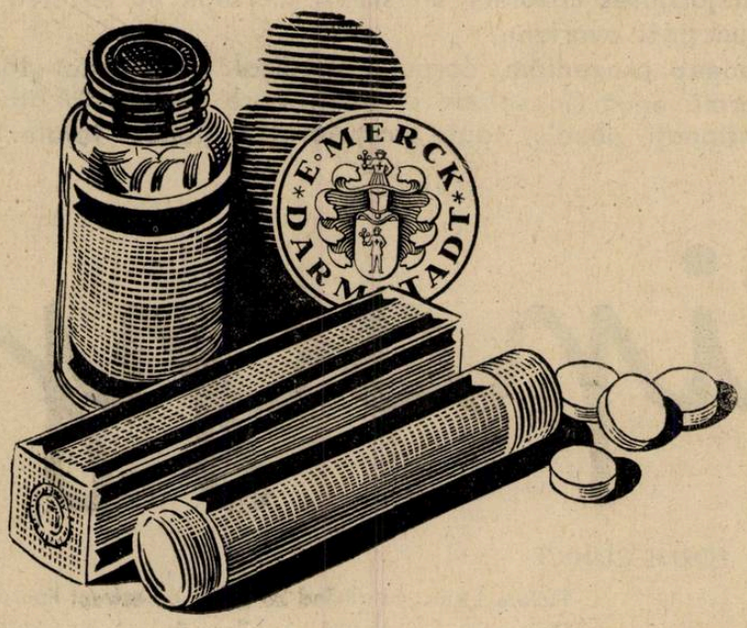
Fiole a 1 cmc. conţinând 25 milgr. de extract liposolubil.
Dragele conţinând 10 milgr. de extract liposolubil.

COOPERATIVA UZINELE SANITARE „Paulescu-Gerota-Şumuleanu" — BUCUREŞTI — CALEA GRIVIŢEI 67 TEL. 4.98.08

Antalgine

DURERI POSTOPERATORII
CEFALEE POSTRACHIANESTEZICE
DURERI FULGURANTE TABETICE
DUPĂ PUNCŢIILE LOMBARE
DURERI TALAMICE
NEVRALGII CRIPTOGENETICE

COOPERATIVA UZINELE SANITARE
„Paulescu-Gerota-Şumuleanu"
Calea Griviţei 67. Telef. 4.98.08



MAGNESIUM-PERHYDROL

Preparatul original de MgO_2 de zeci de ani clinic încercat

Tablete a 0,5 gr.

Substanță de 15 și 25%

E. Merck

FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE — DARMSTADT — FONDATĂ 1827

Reprezentanța generală:

CHIMIROMAN, Farmacist Liviu Bancu, București I, Str. T. G. Masaryk Nr. 32

Considerând însă, că cele 34 cazuri la care r. B. W. a fost negativă iar celelalte reacţii net pozitive sunt sigur cazuri de sifilis vechi sau în tratament, rezultă că avem un rezultat favorabil de 96.9%.

Acest procent se ridică 100% dacă socotim că cele 4 cazuri de necorespondenţă provin din erori în timpul recoltajului din cauza numerotării greşite. Două din aceste cazuri le-am controlat din nou cu r. Chediak cu un rezultat negativ.

Din cele 129 cazuri de dr. Chediak dubioase am controlat prin celelalte reacţii un număr de 59 cazuri din care avem :

25 cazuri la care toate reacţiile au fost net pozitive.

18 cazuri cu r. B. W. negativă, iar celelalte net pozitive.

7 cazuri în care a corespuns cu cele de floculaţie.

9 cazuri în care n'a corespuns cu nici o reacţie.

Combinând controlul reacţiilor Chediak net pozitive cu rezultatul celor dubioase avem un procent de 91,7% rezultate favorabile, cu un procent de 8.3% de reacţii nespecifice.

CONCLUZII

1) Reacţia Chediak este o metodă excelentă pentru depistarea sifilisului în masă, fiind o reacţie foarte sensibilă, precisă şi economicoasă.
2) Rezultatele obţinute cu această metodă depind de două condiţii:
   a) defibrinarea riguroasă a picăturei de sânge recoltată şi
   b) conştiinciozitatea executării reacţiei în laborator.
3) In cazudi izolate, ca mijloc de orientare când o diagnoză serologică este cerută urgent şi în cazurile când o recoltare a sângelui din venă întâmpină dificultăţi (copii, sugaci, etc.) o recomandăm ca cea mai potrivită reacţie.
4) Sensibilitatea acestei reacţii merge paralel cu aceia a reacţiilor de floculaţie (Meinike, Kahn, Cytochol).
5) Cazurile cu reacţia Chediak pozitivă sunt sigur infecţii sifilitice.
6) Reacţia Chediak este superioară reacţiei B. W. în sifilisul vechi tratat.
7) In sifilisul secundar şi terţiar avem o coincidenţă perfectă cu celelalte reacţii.
8) Toate reacţiile Chediak pozitive şi dubioase trebuiesc controlate şi prin reacţia B. W. pentru a preîntâmpina eventuale erori şi pentru a întări diagnosticul.
9) Nespecificitatea acestei metode este aceiaşi ca şi a reacţiilor de floculaţie.

Protecţia medico-socială a maternităţei în Institutul „Regina Elisabeta" *)

de Dr. AL. BĂDESCU
Medic prmar al Maternităţei

şi

Dr. O. GANŢOIU
Medic secundar

Credem util să facem cunoscute realităţile existente şi să dăm la iveală un studiu al realizărilor, cu aplicarea noilor date obstetricale, într'un Institut de Maternitate din Bucureşti.

Activăm într'un mediu format în marea lui majoritate din soţii, ce aparţin unor familii modest încadrate în viaţă, însă disciplinate. Facem această precizare pentrucă ştim în ce măsură apreciabilă influenţează, evoluţia maternităţii şi fătului, starea economică a procreatorilor, cu munca şi alimentaţia aferentă acestora.

Patologia, ce complică evoluţia sarcinei normale, are deasemeni relaţii cu socialul; multe din boli fiind produse sau favorizate de condiţile economico-culturale.

Ştim că o protecţie utilă materno-infantilă trebue neapărat să cuprindă epocle preconcepţională, pre, intra şi post-natală. Ingrijiri limitate într'o singură perioadă a maternităţii, nu ar constitui decât o picătură într'o mare de nevoi.

Infăptuirile noastre caută un maxim de eficacitate practică imediată.

Practicând într'un mediu bine utilat, graţie largii înţelegeri a forurilor conducătoare, ne-am extins activitatea asupra întregei vieţi a viitoarei mame, făcând din institute un centru de protecţie al evoluţiei maternităţii.

* * *

In **epoca preconcepţională** consultaţiile de gynecologie combat sterilitatea şi bolile aparatului genital, preocupându-ne şi de bolile sociale (infecţii venerice, paludism, tuberculoză, etc.)

In cursul anului Aprilie 1941 — Aprilie 1942, s'au făcut 3.540 consultaţii gynecologice şi 3.080 tratamente. S'a uzat de tot ce ştiinţa modernă ne pune la dispoziţie (opoterapie, vaccinări, sulfamidoterapie, agenţi fizici, uterosalpingografie etc). Un număr de 409 cazuri au necesitat internarea la pat şi la unele din acestea s'au făcut intervenţii chirurgicale (122).

In timpul **epocei prenatale** protecţia maternităţii este amplu asigurată de organizarea din institut a noastră.

Consultaţiile şi tratamentele ambulatorii pentru gravide au fost de 2800 şi o serie de afecţiuni şi maladii au fost evidenţiate şi tratate. Din 1346 internări făcute în institut, 927 au fost făcute pentru sarcină sau turburări ale acesteia.

Se fac examene minuţioase asupra evoluţiei sarcinei, examene de pulmoni, inimă şi rinichi pelvimetrii, examene citologice, chimice şi bacteriologice şi tratamentele adecuate sunt aplicate.

In acest fel se previn complicaţiile grave, iar maternitatea nu mai prezintă pericole, pentru femeile ce sunt văzute în tot timpul sarcinei. Obstetrica însăşi devine mai simplă.

Numai aşa se explică că aproape nu mai vedem eclampsii, humerale neglijate, hemoragii mari în placente jos înserate, accidente gravido-cardiace, etc.

Ca să ilustrăm şi mai bine importanţa rezultatelor, este destul să adaugăm că la cele 600 naşteri avute în cursul anului 1941/942, mortalitatea maternă a fost nulă.

Opera educativă şi de prevedere am lărgit-o prin înfiinţarea unei şcoale pentru viitoarele mame, în dorinţa de a colabora la progresul sanitar şi social. Medicii institutului fac conferinţe privind importanţa vizitei medicale şi necesitatea examinărilor periodice a gravidelor, privind alimentaţia şi îmbrăcămintea gravidei, viaţa gravidei cu munca, hygiena corporală şi sexuală. Un alt ciclu, cu o serie de conferinţe cu subiecte de puericultură, urmează primului. Se fac demonstraţii practice asupra îngrijirei, alimentaţiei şi îmbrăcămintei copilului, cât şi proecţii cu imagini cât mai sugestive asupra creşterei copiilor.

Mici broşuri strâng aceste sfaturi ce li se distribue.

Desigur că **asistenţa intra-natală** ne-a preocupat la maximum. La cele 600 naşteri am avut de efectuat 37 de forcepse, 14 operaţii cezariene şi 4 extracţii de pelvis. La aceste 600 parturiente n'am avut de înregistrat nici un deces.

Internările s'au făcut fără selecţionarea cazurilor. Mai mult, cazurile din provincie ce par a fi mai complexe ne sunt îndrumate de medicii de consultaţie din ţară.

Din totalul femeilor ce au născut în Maternitate, 287, adică 48%, au fost prim pare.

Intervenţiile, al căror procent este de 9,16%, au fost făcute numai după indicaţiuni precise şi verificate.

Maternitatea posedă secţiuni pentru gravide, pentru naşteri, lehuze şi puericultură, bine utilate şi cu posibilităţi de izolare pentru infecţiuni.

Bunele rezultate au fost obţinute

*) Institutul de Maternitate C. F. R.

graţie unei echipe medicale instruite, conştiente şi prudente, (calităţi ale bunului obstetrician) constituind gărzi efective, prezente în Maternitate ziua şi noaptea.

Supravegherea se execută în toate momentele travaliului cu o ordine şi asepsie perfectă.

Deşi organizaţia este chirurgicală, aceasta nu înseamnă că se operează cu uşurinţă. Din contra, abilitatea constă în a evita intervenţiile ce nu sunt necesare şi a opera în schimb la timp, acolo unde trebue. Tratamentul nu este totdeauna activ, adesea trebuind să facem să aştepte şi pacienta şi mai ales anturajul ei, succesul însă verificându-ne conduita.

Este interesant să semnalăm că din cei 600 de copii s'au născut cu o greutate sub 3000 gr. un număr de 155, deci un coeficient de aproape 26%. Din aceşti 155, au fost prematuri (sub 2500 gr.) 49 copii, adică 8,16%, iar 106 cu greutate de 2500—3000 gr. adică 17,66%.

Aceste cifre, comparate cu cele date de d. dr. Slobozeanu asupra copiilor născuţi în Filantropia, arată o diferenţă ce pune în evidenţă importanţa stării sociale a parturientelor, la maternitatea CFR fiind o lume mai bine încadrată. La Filantropia copii sub 3000 gr. reprezintă 42,6% din care 13,2% sub 2500 gr. şi 29,4% între 2500—3000 gr.

Mortinatalitatea plus mortalitatea precoce a copiilor, nu a depăşit în institutul nostru cifra de 6,5%, ceeace este iarăşi o cifră scoborîtă faţă de alte maternităţi, unde numai mortinatalitatea, fără mortalitate precoce, atinge 8,2%.

In **epoca post-natală** atenţia este împărţită între lehuză şi noul născut.

Noul născut necesită multiple îngrijiri date de un personal specializat.

Morbiditatea în lehuze, la femeile ce au născut în Institut, este o foarte rară excepţiune. S'au primit şi născute la domiciliu, cu infecţiuni, reuşind să le redăm sănătoase familiilor lor pe toate.

Asistenţa este continuată la domiciliu, — pentru a vedea situaţia pe teren cât şi ambianţa economică, — de o soră de ocrotire. Aceasta lucrează să îmbunătăţească condiţiile şi continuă a face educaţia mamei, trimiţând la consultaţii medicale pe copii ce au nevoe.

Copiii noui născuţi sunt astfel controlaţi în mediul lor. Se verifică alăptarea, îmbrăcămintea, hygiena. S'au făcut în cursul anului 700 de astfel de vizite şi s'a distribuit, acolo unde era nevoie, laptele necesar.

Asistenţa materială, pe bază de fişe de anchetă medico-socială, a fost foarte importantă. S'au distribuit trusouri de rufărie, iar ajutorul de naştere a fost dat egal cu salariul pe una lună până la 6.000 lei şi apoi câte 500 lei lunar. Mamelor cu peste 5 copii li s'a adăogat un premiu de 10.000 lei şi încă câte 500 lei lunar.

* * *

O latură interesantă şi în care rolul factorilor sociali şi economici joacă o deosebită importanţă, este aceia a avorturilor incomplect efectuate la domiciliu, care în 1941—1942 au fost de 164. Aduse în situaţii grave, cu hemoragii abundente şi uneori cu infecţii grave, aceste nenorocite femei, au fost toate primite, îngrijite şi redate vindecate familiilor lor.

Toate aceste cazuri sunt anunţate parchetului pentru cercetări.

Intreruperile terapeutice ale sarcinei, în legătură cu diverse afecţiuni (pulmon, cord, rinichi) au fost în număr de 23 şi au fost făcute cu consultul specialiştilor şi aprobarea parchetului.

Sarcini extra-uterine au fost 14. Toate au fost operate.

Cazurile de gynecologie medicală sau chirurgicală, internate în maternitate, au fost de 409, din care au fost operate 122.

Mortalitatea în cursul anului trecut în intreg institutul a fost: Un cancer de col uterin, incperabil şi neoperat şi o sincopă cardiacă post anestezică.

* * *

Acestea sunt înfăptuirile de asistenţă maternă, prelungită astfel aproape un an de zile şi integral făcută de medici, ce cunosc că protecţia maternităţei este un interes superior al Societăţei.

Institutul cuprinde secţia de consultaţii şi tratamente ambulatorii cu camera de gardă, secţia de gravide, maternitatea propriu-zisă cu secţie aseptică şi septică, puericultură, gynecologi medicală şi operatorie, serviciul social cu propaganda şi fişier medico-importanţa

Acest serviciu social trebue considerat ca având deosebită importanţă. **Astăzi nu mai poate fi vorba numai de o îngrijire pur medicilă, — chiar cu aplicarea celor mai noui date ale ştiinţei moderne obstetricale.**

Activitatea obstetricianului trebue să se întindă şi în domeniul socialului, realizând o protecţie medico-socială, bazându-se pe faptele şi situaţiile găsite în practică şi în contact mereu cu realităţile dela noi din ţară.

BIBLIOGRAFII

Docent Dr. Hans Baatz: Carcinomwachstum und inkretorisches Kräftefeld-Experimentalle Ergebnisse an Spontan und Impftumo en.

Creştera carcinomelor şi puterea câmpului ncretoriu. Rezultatele experimentale la tumorile pontane şi prin vaccinare (grefă).

In favcarea desvoltării cancerului, autorul consideră factorii următori: predispoziţia hereditară, agenţii exogeni şi cei endogeni, respectiv cei hormonali.

A/ Prin hereditate autorul sufine că individul nu moşteneşte boala, ci numai predispoziţia îmbolnăvirii de cancer.

B/ Agenţii exogeni se împart în trei grupe:

Carcinomul pielei produs de razele ultra-violete prin mobilizarea cholesterolului, iritaţii cronice, otrăviri şi substanţe chimice (Benzipyrenul şi Dibenzanthracenul).

C/ Factorii endogeni lucrează în strânsă legătură cu predispoziţia hereditară.

Autorul în cercetările sale s'a condus de două premize. Dacă un hormon poate fi în măsură să producă la un organ sănătos un carcion, un cancer existent poate fi înfluenţat prin tratamentul hormonal.

Prin metoda grefărilor, administrare de extracte şi prin măsurarea tumorilor, a putut să reproducă, cancer tip alveolar, hemoragic şi nediferenţiat.

Prima problemă propusă a fost legătura dintre sarcină şi cancer. A putut diferenţia două grupe:

I/ In grup în care animalele au fost gravide şi în urmă s'au grafat tumorile.

II/ Al doilea grup, la cari animalele cu tumori au devenit gravide.

In primul caz o tumoră se desvoltă pe un uter gravid, sarcina în ultimele trei luni împiedică desvoltarea tumorei.

In al doilea caz, când sarcina este secundară tumorei, aceasta din urmă se desvoltă cu repeziciune.

In ceiace priveşte castrarea s'a ajuns la concluzia că absenţa puterei incretorie a hormonilor favorizează creşterea tumorilor şi formarea recidivelor.

Astfel: extractul placentar, asociat cu cel splenic are efect inhibitor asupra tumorilor.

După autor, hormonul folicular nu poate fi un agent primar provocator de cancer; însă un cancer primar tratat cu folicullină poate fi stimulat să crească.

Dr. George D. Vintilă

Preparatul
de SALVARSAN pentru
injecția intramusculară
și intravenoasă

SOLU-SALVARSAN

în soluție stabilă gata
de întrebuințare

**Efecte rapide,
absolut neiritant
injectabil fără dureri**

Bine tolerat
chiar și în injecție
intravenoasă

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:
„ROMIGEFA" S. A. R., București I, — Strada Brezoianu No. 53
TELEFON 3.92.86

Consideraţiuni în acţiunea băilor termale sulfuroase din Herculane asupra urmărilor plăgilor de război

de Dr. ION V. BORGOVAN

In spitalul Z. I. 485 din Băile Herculane s'au perindat în intervalul de timp dintre 1 Septembrie 1 Decembrie 1941, peste 1000 de răniţi, dintre cari cei mai mulţi s'au folosit foarte mulţumitor de acţiunea binefăcătoare a băilor termale din această minunată staţiune balneo-climatică.

Au fost supuşi tratamentului hidromineral, răniţi cu:

1. **plăgi articulare** vindecate sau pe cale de vindecare.
2. **cei cu plăgi periarticulare.**
3. **cei cu plăgi de război cu diferite localizări,** urmând tratamentul hidromineral ca rezolutiv şi tonic.
4. **reumaticii ostaşi,** din zonele de operaţiuni şi zona interioară.

Stabilimentele de băi Elisabeta, Ileana şi într'o mică măsură Carmen-Sylva, au funcţionat, cum funcţionează şi în prezent, pentru recuperarea terapeutică a răniţilor noştri, găzduiţi în cele mai bune condiţiuni în hotelurile statului Carol, Ferdinand, Traian, Severin şi în câteva vile mai mari în lunile Septembrie şi Octombrie; apoi au fost concentraţi pentru vremea rece în cele trei hoteluri cu sobe: Ferdinand, Severin şi Traian, în afara Sanatoriului militar Regele Ferdinand din staţiune, care de asemeni a fost cu prisosinţă folosit pentru asistenţa chirurgicală şi medico-balneară a răniţilor.

Răniţii, a căror plăgi nevindecate complect, prin fistulizarea lor temporară sau prin atonia lor, ţinând de o stare generală slăbită, — răniţii în această categorie fiind un număr restrâns, — şi-au făcut tratamentul termal, unii având aplicat local un pansament impermeabil, alţii, cu plaga expusă acţiunei directe a apei minerale.

Efectele utile ale curei balneare, în cele 20—30 băi recomandate pacienţilor, s'au soldat cu cele mai frumoase rezultate.

Cei cu redori articulare, cu ipotrofii musculare datorite inactivităţii prelungite a membrelor ţinute în aparate gipsate sau pansamente, cu osteopatii trofice sau traumatice, au fost ameliorati şi vindecaţi prin cura de Băile-Herculane, asociată în unele cazuri cu masaje locale, într'un timp destul de scurt.

Astfel flexibilitatea încheeturilor mărindu-se treptat şi zilnic prin cura balneară, mobilitatea articulară era recâştigată în general, după a 3-a săptămână de cură. Cu tonicitatea musculară revenită la normal, după a 4-a săptămână de cură, ostaşii răniţi, dobândeau o stare generală înfloritoare la sfârşitul curei.

Asupra acţiunei atât de diferită şi de complexă a apelor din Băile Herculane s'au făcut deosebit de interesante lucrări clinice şi de laborator, cari o pun într'o lumină nouă şi folositoare.

S'a constatat, că apele dau un uşor şoc coloidoclazic provocând leucopenie şi scăzând tensiunea arterială; ele fac o uşoară desensibilizare după care însă, urmează o rezistenţă umorală temporară sau definitivă.

Acidul uric scade în sânge, glicemia, colesterolemia sunt normalizate, cum este normalizată şi viteza de sedimentare a hematiilor; glutationul sanguin e mărit (Dr. Petruş Niculescu), D-nii Mareş, Fam. Otopeanu.

E greu de explicat mecanismul prin care glicermia e influenţată prin băile Sulfuroase. Se pare că sistemul endocrino-vegetativ regulator al glicemiei e omdificat prin complexă acţiune fizico-chimică, în care, Sulful ar avea un rol, în metabolismul hidraţilor de carbon.

Viteza de sedimentare a lematiilor are valoarea ei practică în diagnosticul şi evoluţia reumatismului; când temperatura, tumefacţiile articulare, descrise scad, scade şi viteza de sedimentare a hematiilor, numai bolnavii au o modificare a acestei viteze, cei normali nu.

In privinţa normalizărei tensiunei acteriale, trebue totuşi făcută o rezervă: faptul nu e regulă, astfel că supravegherea hiper sau hipotensivilor în timpul unei balneare e necesară.

In 54% excitabilitatea vagului e crescută, iar în 33%, aceia a simpaticului, cum şi a parasimpaticului; în aceste cazuri durerile nocturne şi insomnia sunt fenomenele obişnuite.

In 13% cazuri, este dezordine a excitabilităţei negative S'au studiat şi **reacţiile focale,** acele crize termale, ce survin în timpul tratamentului hidromineral în reumatismele cronice şi în artrite, mai ales cam după a 6-a bae făcută; încheeturile şi mai ales genunchiul devin dureroase, unecri roşii şi tumefiate, fapt care cere întreruperea temporară a curei pentru 3—4 zile.

De obicei, reacţia focală se întâmplă unde e *locus minoris resistentiae.* In aceste cazuri e o accelerare a vitezei de sedimentaţie a hematiilor şi o creştere a indicelui viscosometric, aceste fiind paralele şi martori ale intensităţei reacţiei focale. Cauza imediată ar putea fi sulful, care modifică apreciabil metabolismul cutanat; iau naştere şi substanţe multiple, între cari şi histamina, cu acţiune locală şi generală asupra circulaţiei şi stărei biochimice a ţesuturilor. (Dr. Daniel). Reacţiile focale sunt de un pronostic bun pentru rezultatul curei termale.

Personal, în vara aceasta, am urmărit *variaţiile termogenezei* prin influenţa Băilor Herculane.

La un număr de 50 bolnavi reumatici febrili, s'a luat temperatura intrarectal înainte de bae şi după bae, la o oră şi două ore. Luarea temperaturei s'a făcut către sfârşitul curei, când reacţia focală a fost socotită trecută, cei mai mulţi bolnavi, făcând bae la acelaş Stabiliment termal, Ileana, care are temperatura sa proprie aproape 40°.

Dintre pacienţi, 85%, au prezentat temperatura ridicată, între 37—39°, timp de una şi două ore. Variaţiunile depind de starea somatică a individului şi de reacţiunea sistemului său vegetativ. *Termalitatea naturală a apelor,* care se transmite organismului, are acţiunea sa proprie, particulară în afară de ionizarea sărurilor, de absorbţia chimică, de radioactivitate, termen simplu care cuprinde prea puţină lămurire încă a neştiinţei noastre. Pare a fi relaţie între creşterea termogenezei şi efectul util, tot aşa cum reacţiile focale îşi au efectul lor util.

Studiul variaţiilor termogenezei este încă în curs.

Profitând, atât de cura balneară, cât şi de climatul sedativ din Băile Herculane, sute de ostaşi au părăsit staţiunea sănătoşi, plecând fericiţi întâi pe la căminurile lor, beneficiind de permisia acordată de autorităţi şi apoi la formaţiunile lor militare, în serviciul ţării.

O excelentă întreţinere alimentară, pentru cari administraţiile celor două spitale locale reunite, au contribuit din plin; atenţia şi grija plină de dragoste pentru răniţi a comitetelor de Cruce roşie din împrejurimi şi în deosebi din Orşova, Lugoj şi Severin; devotamentul de zi şi noapte şi priceperea depusă de corpul medical şi auxiliar pentru vindecarea oştenilor luptători, sprijinul şi directivele date de Ministerul Sănătăţii şi Direcţia Sanitară a Armatei, au realizat din această frumoasă staţiune balneo-climatică un adevărat centru de recuperare a răniţilor noştrii.

Dodonal

J.D. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

înlătură agripnia şi în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu căte 10 dragele à 0,3 gr.

Reprezentant pentru România:

RUDOLF FOREK, Bucureşti III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

RHEUMALGINE

Acid salicilic vegetal

Hidrolat izotonizat de plante gaultherinogene

Medicamentul de selecţie al durerilor în general şi al rheumatismului sub toate formele şi manifestările lui în special.

1—2 injecţiuni de 2 cmc. pe zi sub cutan, sau intramuscular şi la nivelul locurilor dureroase

PASSIBROVAL

Extract de Passiflora
— Valeriană
— Crategus
Bromomalonal de Calciu

Stările spasmodice, turburările menopauzei, insomnii, turburări funcţionale ale cordului de origină nervoasă.

3 linguriţe pe zi

Mostre şi literatură Laboratorul «I F A R»

Str. Prof. Dr. M. Georgescu, 24 — Bucureşti IV

Telefon 5.67.48

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAȚIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

PROBLEMA MALARIEI IN DISCUȚIA CONSILIULUI SANITAR SUPERIOR

In ziua de 29 Iulie crt. a avut loc în amfiteatrul Ministerului Sănătății și Ocrotirilor Sociale ședința Consiliului Sanitar Superior. Au luat parte sub președinția d-lui prof. dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, membrii Consiliului.

D. Prof. dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale deschizând ședința arată scopul întrunirii Consiliului: acela de a discuta problema malariei și a stabili liniile unui program de acțiune imediată pentru combaterea acestei boli. D. ministru arată că acest plan de acțiune imediată trebue adaptat la împrejurările și posibilitățile actuale de realizare. In scopul de a studia pe teren toate datele acțiunei de combatere a malariei, membrii comisiei de malarie au vizitat regiunile din jurul Deltei Dunării, constatând necesitatea de a se lua măsuri mediate pentru îmbunătățirea situației și stabilind pe teren cele mai bune metode de lucru.

COMBATEREA MALARIEI

Raportul d-lui Prof. Dr. Gh. Zotta

D. Prof. Dr. Gh. Zotta arată că în țara românească există un număr foarte mare de paludici.

In România se găsesc câteși trele formele de paludism: terța benîngnă, forma quartă și forma estivo-automnală.

In România, paludismul se prezintă cu mai multe tipuri sau facieșuri ale și anume:

1- **Paludismul marilor zone de inundație și de largă stagnațiune.** In această categorie intră întreaga zonă inundabilă propriu zis a Dunării dela Calafat la Brăila, o mare parte din valea Nistrului și anumite teritorii din interiorul țării situate în terenuri permanent infiltrate ca de exemplu: jud. Vlașca. In aceste zone paludismul este caracterizat printr'o frecvență și malignitate mijlocie față de o frecvență foarte mare a anofelilor.

2) **Paludismul liniilor interioare.** In această zonă intră depresiunea Munteniei, în lungul tuturor râurilor cu cursul devenit leneș cu toate colecțiunile de apă care întrețin populațiuni de anofelis maculipenis (typicus) — messeae, la care se asociază din cauza salinității solului subjacent anofeles maculipenis atroparvus. In această zonă zonă a paludismului liniilor interioare intră placarde mari de anofelism cuprinse în întreaga Moldovă dintre Siret și Prut din Dorohoi și până în Covurlui, deasemenea județele Bălți, Cahul, Ismail, părți din Tighina și C. Albă.

Această zonă legată de cuiburi larvar modeste este caracterizată printr'o frecventă cneori mai discretă a anofelismului căruia îi corespunde o endeemie palustră de mare gravitate atât ca frecvență cât și ca malignitate.

3) **Paludismul de pe litoralul Mării Negre.** Cuprinde zona mărginind litoralul Mării Negre din județele Constanța începând dela Mangalia până la brațul Ss. Gheorghe și puțin mai la nord din jud. Tulcea. Paludismul în această zonă este întreținut de anofelul maculpenis elutus și care este caracterizat prin: densitate scăzută a anofelismului, o frecvență considerabilă și o malignitate la fel a cazurilor de îmbolnăvire care sunt foarte rezistente la tratament.

Baludismul la copii sub 5 ani se prezintă cu febră continuă cu evoluția până la 8 zile fără intermitențe colici intestinale vărsături, diaree, etc.

Campania antimalarică, trebue să țină seama de factorii epidemiologici cunoscuți și la care s'a adăugat cu mai multă intensitate în ultimul timp: a) culturile umede -grădini de zarzavat, topitoriile de cânepă, orezării, etc.' cari prin condițiunile de irigare, dpozite de apă, etc. creiază la noi condițiuni de agravare excepționale; b) transporturile de mase de populație sub formă de trupe, prizonieri, coloniști, muncitori agricoli, etc. Aceste înlesnesc schimbul de tulpini de malarie și ca atare impaludaree de noi rgiuni.

Campania antimalarică trebue să cuprindă, în afară de tratamentul medicamentos cu depistarea prealabilă a bolnavilor, următoarele măsuri:

1) Acțiunea contra insectei vectoare prin:

a) Măsuri contra insectei adulte.

— Protecțiunea mecanică prin adaptarea de pânze metalice perfect etanșe la locuințele și adăposturile colective din zonele malarice

— Desanofelizarea ritmică prin distrugerea cu ajutorul pulverizării de lichide insecticide în case, grajduri, dependințe, etc.

b) Măsuri contra insectei în stadiul aquatic.

— Delarvizare prin utilizare de Verde de Paris sau petrol.

c) Lucrări de asanare:

— Micile asanări constând în modificări ce trebesc aduse colecțiilor de apă larvigene, astuparea gropilor din sat sau din apropierea satului sau drenare la desherbarea consolidarea malurilor, etc.

b) Marile asanări malarice. Să se continue studiile necesare pentru a se pași la realizări, imediat ce împrejurările o vor permite.

Campania antimalarică, trebue susținută printr'un personal medical și sanitar auxiliar numeros și bine pregătit, având la dispoziție materialul necesar.

In acest scop:

— Să se facă intervențiile necesare pentru lăsarea la vatră a medicilor și personalului sanitar auxiliar din regiunile intens impaludate.

— Să se mărească numărul personalului chininizator care să fie pregătit în prealabil și stabilizat prin asigurarea unei remunerații convenabile și continue.

— Să se procure materialele medicamentoase și toate celelalte materiale necesare combaterii insectei vectoare, în cantități suficiente, concomitent cu procurarea aparaturei necesare și a imprimatelor pentru înregistrarea și ținerea în evidență a tuturor cazurilor de paludism.

— Să se mărească numărul stațiilor de malarie existente cărora să li se încredințeze, pe lângă studiul malariei din regiunile respective și conducerea lucrărilor antimalarice pe teren.

DISCUȚIUNILE URMATE

D. Prof. Dr. M. Ciucă, arată că din excursiunea de studii se degajă o serie d concluziuni practice și anume:

Asanarea malarică prealabilă a terenurilor din jurul orașelor să fie obligatorie înaintea oricăror lucrări edilitaree.

b) Să se întocmească și să se pună în aplicare legea pentru combaterea paludismului;

c) Să nu se xecute nicio lucrare cu caracter hidraulic până nu se iau măsurile necesare de profilaxie antimalarică sub controlul și îndrumarea unui malariolog;

Să se reglementeze mișcările de populație în cadrul măsurilor antimalarice.

e) Să se creeze stațiuni de malarie în fiecare inspectorat care să activeze regiunile cu o morbiditate mai mare;

f) Să se organizeze cursuri pentru formarea de personal ce va fi utilizat în campania antimalarică. In acest scop va organiza un curs malarie.

D. Dr. S. Irimescu, pe baza experienței ce a făcut-o cu acțiunea malarică pe care a întreprins-o în județul Ilfov, este pentru tratamentul acceselor de paludism.

D-l Dr. I. Stoichiță, Secretar General arată că din expunerile făcute reese că sunt necesare următoarele măsuri:

1) Intensificarea tratamentului și a profilaxiei medicamentoase prin:

— Inmulțirea numărului de agenți chininizatori bine pregătiți și inițiați în atribuțiile pe care le vor îndeplini pe teren.

— Asigurarea medicamentelor necesare în acest scop, Ministerul a reușit să-și asigure din vreme un anumit stoc.

— Inmulțirea numărului de medici rurali în regiunile malarice.

— Organizarea de cursuri de perfecționare pentru medici.

2) Reînființarea stațiunei de malarie dela Gurbănești-Ilfov, pe lângă cele existente dela Tomești-Iași și Agigea-Constanța care vor fi completate de înființarea de noui stațiuni de malarie la Zebil-Tulcea.

3) Generalizarea sistemului de desanofelizar ritmică intra și paradomestică prin:

— popularizarea metodei,

— Procurarea în mare număr a aparaturei necesare,

— procurarea materialului medicamentos și antipaludic necesar făcând apel în acest scop la concursul și colaborarea autorităților administrative locale la opera de asanare.

4) Luare de contact cât mai des cu organele de combatere pe teren și cu organele administrative pentru a li se asigura colaborarea la acțiunea antimalarică.

5) Să se realizeze executarea măsurilor mici de asanare; în acest scop se va acorda autorităților subvenții din fondul de 60.000.000 lei pe care Ministerul îl are la dispoziție.

6) Să se pună în studiu încă de acum proectele în vederea executărimarilor lucrări de asanare.

D. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, închizând ședința Consiliului Sanitar Superior, mulțumește tuturor celor care au lucrat în problema combaterii malariei, pentru contribuția adusă.

D-sa arată că, după cum s'a putut convinge personal, locuitorii regiunilor malarice, se interesează îndeaproape de lupta antimalarică și colaborează strâns cu autoritățile sanitare pentru combaterea malariei.

Problema combaterii malariei, trebue să fie o preocupare constantă a organizației sanitare a Statului și Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale va trece deîndată la realizarea celor propuse și stabilite de Consiliul Sanitar Superior pentru a combate această boală în mod eficace.

NOTE ȘI INFORMAȚIUNI

Constatările D-lui Mareșal Antonescu în inspecții le formațiunilor sanitare din Transnistria, Crimeea și Bazinul Donețului

Domnul Mareșal Antonescu, cu prilejul inspecției efectuate în **Transnistria, Crimea și Bazinul Donețului, a făcut** următoarele constatări referitor la modul de organizare și funcționare a unor formațiuni sanitare militare:

IN TRANSNISTRIA

Trenul sanitar No. 4 de sub conducedea medicului căpitan Dr. Dino Gabriel, inspectat la Smerinka a fost găsit într'o perfectă stare de ordine și curățenie deși se găsea în a 5-a zi a unui transport de răniți bine și la timp îngrijiți.

IN BAZINUL DONEȚULUI

Spitalul de campanie No. 1 de sub conducerea Medicului Lt. Col. Dr. Stoica, a fost găsit în stare perfectă de funcționare.

IN CRIMEA

Spitalul de campanie No. 9 dela Bacisaraĭ, de sub conducerea d-lui Lt. Col. Dr. Pușcă Alex., a fost găsit în perfectă stare de curățenie și funcționare.

LA MAREA DE AZOV

Spitalul de campanie No. 16 de sub conducerea d-lui Medic lt. col. dr. Stroescu se remarcă pdin cazarea și gospodăria realizate în mod desăvârșit.

FORMAȚIUNI SANITARE CIVILE

Spitalul jud. Ribnița de sub conducerea d-lui Dr. Constantinescu s'a prezentat în condițiuni excepțional de bune.

Au mai fost găsite în condițiuni excepțional de bune următoarele spitale:

— **Spitalul de campanie și Cruce Roșie No. 2.**

— **Spitalul de Cruce Roșie Z. I. No. 228.**

— **Spitalul de Specialități No. 1.**

Invățătoarele de igienă și gospodărie

Pentru a informa pe cetitorii noștri asupra noilor învățătoare de igienă și gospodărie, reproducem următorul articol scris de d. profesor dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în fruntea broșurei destinată acestei chestiuni:

«In ziua de 15 Iulie a. c., se vor deschide în 16 orașe importante ale țării școlile organizate de Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, în colaborare cu Ministerul Culturii Naționale, pentru învățătoarele care sunt destinate să colaboreze la opera de progres sanitar și social pe care Guvernul dorește să o realizeze în mediu rural.

Scopul pentru care s'au creiat aceste cursuri este de a se prepara un număr de învățătoare capabile prin cultura lor anterioară, prin pregătirea lor spirituală și prin noua instrucție de ordin sanitar și medical ce li se va da, ca să aducă o colaborare foarte importantă în ridicarea sănătății publice a satelor românești.

Intr'adevăr, în afară de instrucțiunea pe care școala a dat-o în timpul copilăriei, în afară de acțiunea pe care o desfășoară pe plan intelectual și național, căminele culturale la sate. Statul trebue să facă un mare efort pentru ridicarea stării sanitare generale a satului românesc. Această acțiune nu se poate îndeplini, fără să avem la dispoziție un personal numeros, entusiast și foarte bine instruit.

Din această cauză guvernul preocupat de ridicarea generală a satelor noastre, a luat hotărîtea ca să detașeze un număr important de învățătoare pentru a consolida acțiunea sanitară în mediul rural.

Invățătoarele cari au fost chemate la această nouă misiune, vor urma de la 15 Iulie la 15 Septembrie cursurile de specializare de care au nevoie. Sunt sigur că prin cultura lor anterioară, prin sentimentele lor naționale și prin spiritul de devotament al femeii române, vor ști să aducă în această nouă preocupare, toată munca lor entusiastă pentru ca într'un timp relativ scurt, să-și însușească tehnica de care vor avea nevoe în noua lor misiune.

In aceste școli ele vor căpăta cunoștințe de igienă, cunoștințe de puericultură și cunoștințe de gospodărie practică. Pe aceste trei planuri deosebite, urmează să se desfășoare activitatea lor în satele românești.

In calitatea lor de învățătoare de igienă vor ști să sfătuiască pe săteanca noastră cum să-și întrețină locuința în condițiuni cât mai bune de curățenie și de confort.

Prin cunoștințele ce vor căpăta în domeniul puericulturii ele vor fi capabile ca să dea sfaturi în ceeace privește creșterea și îngrijirea copiilor sănătoși și le vor atrage atenția ca atunci când copiii se vor îmbolnăvi, ei trebue imediat îngrijiți la cel mai a-

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, Bucureşti

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta*.

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubouard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se măjorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

propiat serviciu medical. Ceva mai mult, învățătoarele de igienă vor avea ele însăși cunoștințele necesare pentru recunoașterea celor mai frecvente boale ale copiilor, cum este gastro-enterita infantilă. In aceste cazuri ele vor ști să sfătuiască și să ajute pe sătence să-și îngrijească bine copiii, învățân du-le să le prepare alimentele de care copiii au nevoe pentru a se vindeca.

Dar nouile învățătoare de igienă vor fi în același timp și învățătoare de gospodărie, având sub conducere școlile de gospodărie țărănească, pe care dorim să le întemeiem în fiecare comună a țării românești.

De aceea, în timpul cursurilor care se fac, profesoare de menaj specializate, vor pregăti pe elevele învățătoare în acest domeniu, dându-le toate cunoștințele necesare, pentru a deveni la rândul lor, bune profesoare în școlile de gospodărie țărănească.

Invățătoarele care vor absolvi cu succes aceste cursuri, vor fi utilizate începând dela 1 Octombrie în noua lor misiune, fiind scutite de obligațiunile lor didactice anterioare.

Pe lângă salariul pe care-l primesc în prezent, vor avea o diurnă specială, care va fi în proporție cu munca depusă și mai ales cu rezultatele ce vor obține.

Dela început țin să arăt că nu toate elevele înscrise vor obține, în mod automat, titlul și funcțiunea pentru care voiam să le pregătim. Dorim să facem o adevărată selecționare a elementelor de valoare astfel ca noua profesiune a învățătoarelor de igienă și gospodărie să se încadreze prin valoarea lor personală, ca și prin însemnătatea misiunei lor, printre fruntașii vieții sociale ai satelor noastre.

Pentru reușita acestei idei, Guvernul a făcut importante sacrificii, creând 16 școale dotate cu personalul didactic și medical foarte bine calificat, acordând bursele necesare și cheltuelile de transport tuturor elevelor înscrise.

Dorim ca aceste școli să-și desfășoare activitatea într'o atmosferă de bună colegialitate și cordială înțelegere între profesoare și eleve, astfel ca să constitue pentru toți, o adevărată plăcere intelectuală.

Personal, voi vizita cele 16 școli, voi vorbi elevelor și voi face apel la mulți din colegii mei de la cele trei Facultăți de Medicină din țară să colaboreze la această acțiune pe care o socotesc foarte necesară pentru formarea cadrelor de personal sanitar de care Statul are nevoie».

Cele 16 școale funcționează în următoarele localități:

București, Brașov, Timișoara, Arad, Sibiu, Pitești, Râmnicul Vâlcea, Craiova, Buzău, Brăila, Galați, Bacău, P. Neamț, Roman, Iași și Cernăuți.

Deschiderea cursurilor la școlile pentru pregătirea învățătoarelor de igienă și gospodărie s'a desfășurat în cadrul unei deosebite solemnități care a avut loc în cele 16 centre unde funcționează școlile.

In toate cele 16 centre au participat la această festivitate pe lângă personalitățile sanitare și școlare locale, Prefecții județelor și autoritățile locale.

Cu acest prilej s'a arătat încă odată însemnătatea acțiunei de ridicare sanitară și socială începută de Guvernul țării prin pregătirea învățătoarelor de igienă și gospodărie.

Prevederile noului legi a recrutării, referitoare la stagiul militar al studenților în medicină

In Decretul-Lege No. 505 asupra recrutării Armatei Nr. 1853 din 22 Iunie 1942, publicat în M. O. Nr. 157 din 9 Iulie 1942, se prevăd următoarele norme de recrutare și de stagiu militar pentru studenții în Medicină:

ART. 5. — Tinerii cu cel puțin 4 clase de învățământ de grad secundar, sau studii echivalente de orice categorie, care au satisfăcut obligațiunile legii pentru pregătirea premilitară, respectiv a muncii tineretului român, vor face serviciu militar sub arme 2 ani și vor fi pregătiți pentru a deveni ofițeri sau subofițeri de rezervă, potrivit studiilor, după cum se arată în regulamentul acestei legi.

ART. 6. — Studenții Facultăților de Medicină Umană, Medicină Veterinară și Farmacie, precum și ai Școlilor Politechnice, vor fi pregătiți pentru a deveni ofițeri de rezervă în primii doi ani de studii, în secțiile de pregătire militară care vor funcționa pe lângă aceste Facultăți și Școli.

Studenții Facultăților și Școlilor menționate mai sus vor fi încorporați la începerea primului an școlar și vor primi instrucția Infanteriei pentru studenții Facultăților de Medicină Umană, Veterinară și Farmacie și instrucția armelor cu caracter tehnic pentru studenții Școlilor Politehnice.

Studenții Facultăților de Medicină Umană Veterinară și Farmacie, care nu vor obține titlul academic vor fi trecuți în arma infanteriei, potrivit normelor ce se arată în regulament.

ART. 57. — Tinerii însumați cu termen redus, care la data promulgării legii de față se găsesc sub arme, în virtutea dispozițiunilor legii asupra recrutării armatei din 1930, vor fi supuși obligațiunilor prevăzute de Art. 5 din prezenta lege.

ART. 58 — Beneficiul amânării acordate pe baza dispozițiunilor legii asupra recrutării armatei din 1930, încetează pe data intrării în vigoare a prezentei legi.

Tinerii de aceste categorii vor fi incorporați cu contigentul următor.

Se exceptează, numai până la terminarea facultății sau școalei pentru care au obținut amânarea și cel mult până la 27 ani, cei aflați în continuare de studii, dacă vor face dovada că au urmat regulat cursurile și că au trecut examenele la timp.

In aceleași condițiuni, prevăzute la aliniatul precedent, se exceptează și studenții care nu au recrutat până la data intrării în vigoare a prezentei legi.

Nu se vor mai acorda amânări pentru studii speciale de doctorat sau altă specialitate, după obținerea diplomei de licență a unei singure facultăți.

ART. 59. — Excepțiunile prevăzute la art. precedent nu se aplică studenților Facultăților de medicină umană, medicină veterinară și farmacie, precum și ai școlilor politehnice; ei vor fi încorporați la începerea anului școlar următor și vor presta serviciul militar, în cadrul secțiilor de pregătire militară care vor funcționa pe lângă aceste facultăți și școli.

Școlile pentru pregătirea personalului sanitar

Lipsa personalului sanitar pregătit și devotat a constituit totdeauna un obstacol important pentru organizația noastră sanitară. De aceia Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale a înființat în toamna anului 1941, 32 de școli noui de pregătire a personalului sanitar (surori de ocrotire, surori-infirmiere, moașe, laboranți, agenți sanitari), unde elevele dobândesc toate cunoștințele tehnice necesare, în conformitate cu noile programe de studii și cu nevoile actuale ale serviciilor sanitare.

Actualmente în toate aceste școli se pregătesc peste 2.000 de elevi și eleve.

Acest număr este însă insuficient pentru nevoile serviciilor sanitare, de aceia Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale va înființa în toamna anului 1942 încă 5 școli de surori-infirmiere, funcționând pe lângă spitalele din: R. Vâlcea, Tg. Jiu, Galați, Târgoviște, Huși și Roman.

Condițiile de admitere în școlile de pregătire ale personalului sanitar sunt următoarele:

Pentru Institutele de surori de ocrotire: absolvența a 8 clase de liceu sau

de şcoală normală şi vârsta de 18—30 ani.

Pentru Şcolile de surori-infirmiere şi de moaşe: patru clase secundare şi vârsta între 17 şi 30 ani.

Pentru şcolile de agenţi sanitari: patru clase secundare şi vârsta între 17—30 ani, fiind admişi numai candidaţi de sex masculin.

Pentru şcolile de laboranţi: patru clase secundare şi vârsta între 17 şi 30 ani, primindu-se candidaţi de ambele sexe.

Următoarele şcoli de personal sanitar funcţionează actualmente în ţară:

5 Institute de Surori de Ocrotire

Arad: Str. Iosif Vulcan Nr. 2; Iaşi: Str. I. G. Duca 98; Bucureşti: Instit. Surorilor de Ocrotire «Regina Maria», Sos. Ştefan cel Mare Nr. 87 bis; Bucureşti: Institutul Surorilor de Ocrotire «Principesa Elena», Sos. Vergului 22: Cernăuţi: Str. Balmuş Nr. 4.

26 Şcoli de Surori-Infirmiere

Funcţionează la spitalele din: P. Neamţ, Bacău, Brăila, C. Lung-Muscel, Piteşti, T. Severin, Suceava, Roman, Huşi, R. Vâlcea, Tg. Jiu, Târgovişte, Iaşi (Spit. Izolarea), Buzău (spit. de Stat), Ploeşti (Spit. de boli interne), Bucureşti (Spit. Central penrtu specialitatea psihiatrie şi Spit. Colentina pentru specialitatea stomatologie), Craiova (Spit. Filantropia), Cernăuţi (Spit. Central), Chişinău (Spit. Judeţean), Galaţi (Spit. de Stat), Braşov (Spit. Mârzescu), Sibiu (Spit. de Stat), Timişoara (Spit. de Stat şi Centrul de Ocrotirea copiilor pentru specialitatea puericultură).

14 Şcoli de Moaşe

La: Galaţi (Spit. Elisabeta Doamna), Ploeşti (Spit. «Gh. şi Ana Constantinescu»), Bucureşti (Sos. Giuleşti Nr. 5 şi Spit. Colţea), Craiova (Spit. Filantropia), Arad (Instiţ. Obstetric), Timişoara (Instit. Obstetric), Lugoj (Spit. de Stat), Alba Iulia (Spit. de Stat), Sighişoara (Spit. de Stat), Sibiu (Clinica Obstetricală), Braşov (Maternitatea), Chişinău (Spit. Judeţean), Cernăuţi (Maternitatea Grig. Ghecrghian).

4 Şcoli de Agenţi Sanitari

Iaşi (Instit. Igienă), Craiova (Inspectoratul General Sanitar), Chişinău (Direcţia Sanitară a Basarabiei), Cernăuţi (Direcţia Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale)

5 Şcoli de Laboranţi

a) Pentru Laboratoarele de analize-Iaşi (Instit. de Igienă), Bucureşti (Instit. «Dr. Cantacuzino», Sibiu (Instit. de Igienă).

b) Pentru Laboratoarele de radiologie: Bucureşti şi Timişoara.

Cererile de înscriere se vor adresa direct şcolilor de pregătire a personalului sanitar până la 25 August a. c.

Ministerul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale roagă foarte călduros pe medicii din toată ţara să susţină aceste şcoli, făcând propagandă pentru ca să se înscrie în ele elemente capabile şi dornice de muncă.

Vizitele d-lui Ministru al Sănătăţiila instituţiile sanitare din Transnistria şi Crimeia

In zilele de 7, 8 şi 9 Iulie Doamna Mareşal Antonescu a vizitat spitalele din Transnistria şi din Crimeea.

D-sa a fost însoţită în această călătorie de D-na Ministru von Killinger, de D-na şi D-l Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, de D-na V. Goga, D-na Von Holzendorf, D-na Wolke şi de D-na Prof. Fortu.

Cu acest prilej D-l Ministru al Sănătăţii a vizitat spitalele militare şi organizaţia sanitară civilă a Transnistriei.

La **Tiraspol**, spitalele de campanie şi cel de specialităţi, conduse de medici reputaţi au o perfectă organizaţie şi un mare randament medical.

La **Odessa**, D-l Ministru al Sănătăţii a vizitat spitalele oraşului şi Clinicele Universitare. O parte dintre ele e rău ocupate de spitale de campanie româneşti, în care se îngrijeau răniţi noştri în cele mai bune condiţiuni ştiinţifice.

La Clinicile Universitare, D-l Ministru Tomescu a fost întâmpinat de d-l Pro-rector al Universităţii şi de d. Decan al Facultăţii de Medicină.

Profesorii şi-au manifestat satisfacţia că îşi pot continua activitatea lor didactică şi ştiinţifică.

D-l Profesor Tomescu a vizitat mai multe clinici şi laboratoare, cari au rămas cu organizaţia lor de acum 25 de ani, păstrând tradiţia europeană a învăţământului medical.

Marea majoritate a profesorilor cari se află la Odessa fac parte din corpul didactic al vechei Universităţi. Unii din ei au fost promovaţi la catedră sub regimul bolşevic, de la funcţia de asistenţi pe cari o ocupau anterior.

Pe lângă aceştia, s'au făcut şi numeroase numiri noui.

Profesorii de dată mai recentă s'au retras însă odată cu armatele ruse.

Ca inovaţie, regimul bolşevic împărţise studiile medicale în trei: vechea facultate terapeutică, o facultate de puericultură şi una de igienă.

Primii trei ani erau comuni pentru toţi studenţii. Ei se împărţeau între cele trei specialităţi pentru ultimii doi ani. Cursurile durează cinci ani.

In timpul vizitei, Facultatea se găsea în plin examen. Studentele sunt într'o majoritate covârşitoare. Foarte modest îmbrăcate sunt într'un contrast impresionant cu studentele Facultăţilor noastre.

Numărul actual al studentelor şi studenţilor este de aproximativ 600. Sub regimul bolşevic erau de 4—5000.

La **Tiraspol şi Odessa**, D-l Ministru al Sănătăţii a vizitat organizaţia sanitară civilă condusă, cu multă competenţă de D-l Dr. Tătăranu, şef de secţie la Institutul de Igienă din Bucureşti.

D-a a reuşit să organizeze cu un număr mic de medici, atât spitalele cât şi serviciile de medicină preventivă, astfel că a putut lupta cu un remarcabil succes contra epidemiilor de război, asigurând în acelaş t'mp, o bună asistenţă medicală pentru populaţia locală.

Serviciul sanitar al Odessei este condus foarte bine de D-l Dr. Şolcănescu medic sanitar din Capitală.

In **Crimeea** au fost vizitate spitalele militare române şi germane de la **Simferopol.**

Spitalele româneşti de campanie, încadrate cu specialişti eminenţi şi având o bună organizaţie, au adus mari servicii răniţilor noştri asigurându-le o îngrijire admirabilă.

Starea de spirit a răniţilor din Crimeea este într'adevăr impresionantă prin eroismul lor şi prin mândria de a fi contribuit la marea victorie a cucerirei Sevastopolului.

In afară de spitale, s'au vizitat în Crimeea sanatoriile organizate pentru răniţi şi pentru soldaţii debilitaţi în regiunea **Ialta.**

Vizita d-lui ministru al sănătăţii la instituţiile sanitare din Bucovina

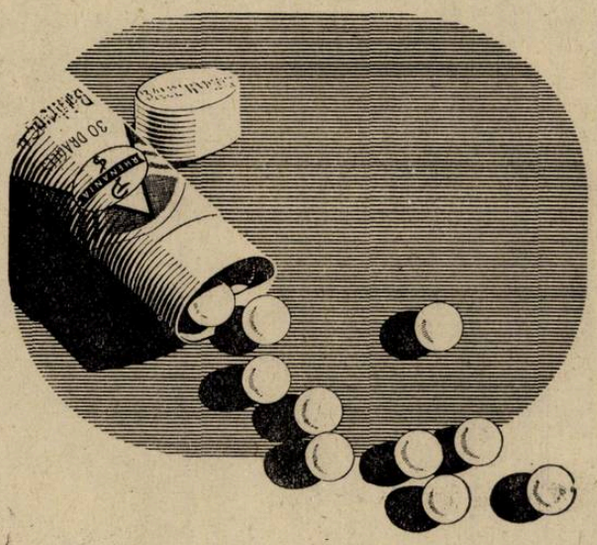
In zilele de 18, 19 şi 20 Iulie crt., Doamna Mareşal Antonescu a vizitat instituţiile de asistenţă şi de ocrotire socială şi spitalele d'n Bucovina.

Doamna Mareşal Antonescu a fost întovărăşită în acest voiaj de D-na şi D-l Profesor Dr. Tomescu, Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale, de D-na şi D-l Dr. Dănulescu, Ministrul Muncii.

Cu acest prilej D. Ministru al Sănătăţii a vizitat instituţiile sanitare şi de ocrotire socială ale Bucovinei.

In **Cernăuţi**, capitala Bucovinei s'au vizitat următoarele instituţii:

Pentru obținerea unui efect satisfăcător



la terapia cu valeriană de altădată, era necesar, administrarea în doze masive.

Baldian-Dispert, un preparat nativ, concentrat prin uscare, nu prezintă acest desavantaj ci permite, grație standardizării sale, o acțiune sedativă complectă a Valerianei. 3 Drageuri de Baldrian-Dispert = 100 U. S. V. (Unități șoarece de valeriană) după Haffner. Concentrația aceasta înaltă se obține prin procedeul modern de fabricațiune, prin dispersiune "Dispert".

Ambalaje originale: Flacoane cu 30, 100 și 200 drageuri.

"Rhenania" Secția Farmaceutică a S. A. Kali Chemie, Berlin.

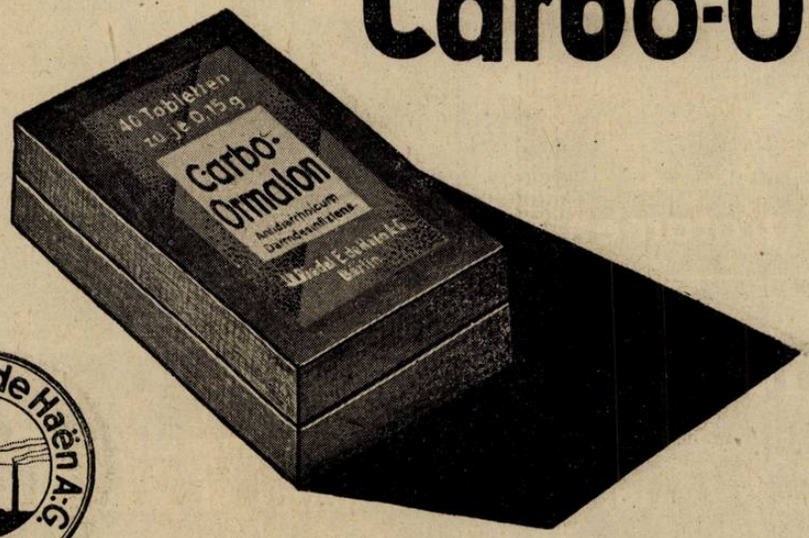
Dep.: Pharmag S. A., Brașov.

Baldrian Dispert

preparatul foarte concentrat de valeriană, fără gust și miros

Pentru desinfecția intestinului

Carbo-Ormalon



în enteritele
diaree
sindromul gastro-cardiac
meteorism

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Reprezentant pentru România:

RUDOLF FOREK, București III, Strada G-ral Eremia Grigorescu Nr. 6

ABURI
TĂMĂDUITORI
. . . . Precursori tratamentului modern de înhalație!
Glycirenan
reputat de decenii pentru profilaxia
și tratamentul
asthmului bronșic, bronșitele, rhinitei,
laringitei, tracheitei și sinusitelor.
Atmos - Gesellschaft Fritzsching & Co., Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu, 6.

Spitalul Central care are o perfectă organizare. D. Ministru al Sănătăţei a felicitat călduros pe medicii acestui spital în frunte cu d-nii medic-primar director Nandriş şi dr. Vrânceanu, chirurg primar.

Spitalul de copii, admirabil condus de d-na dr. Astra Nandriş, care meritä toate elogiile pentru frumoasa activitate ce desfăşoară.

Centrul pentru ocrotirea copiilor, condus de d. dr. Petrescu, este în curs de reorganizare.

Spitalul de boale mintale şi nervoase care a făcut progrese însemnate în ultimul timp, graţie rodnicei activităţi a d-lui medic primar-Director Gh. Constantinescu.

La Cernăuţi s'au vizitat apoi aşezămintele pentru ocrotirea orfanilor şi invalizilor de război, întemeiate de consiliul de patronaj al operelor sociale:

Orfelinatul de fete.

Orfelinatul de băeţi.

Centrul pentru reeducarea orbilor de război.

Centrul pentru reeducarea invalizilor de război.

Aceste instituţii sunt perfect organizate şi admirabil instalate.

Au mai fost vizitate:

Şcoala de surori de ocrotire şi surori infirmiere bine organizată şi condusă.

Şcoala pentru învăţătoarele de igienă şi gospodărie, având 120 de eleve foarte entusiaste.

Vişniţa

La Vişniţa s'a vizitat Sanatoriul pentru îngrijirea tuberculozei, foarte bine instalat şi având o capacitate de 140 paturi.

Cu acest prilej, de acord cu D. General Calotescu, Guvernatorul Bucovinei, s'au luat următoarele deciziuni:

In Sanatoriul dela Vişniţa se vor interna nu numai bolnavi din Bucovina dar din toată ţara fiind situat într'o regiune frumoasă, cu un climat foarte potrivit şi în cele mai bune condiţiuni de tratament.

Spitalul mixt care funcţionează într'o parte a Sanatoriului va fi mutat într'o altă clădire care îndeplineşte condiţiile necesare funcţionărei unui astfel de spital.

Capacitatea Sanatoriului va fi sporită în toamna aceasta, dela 140 locuri la 500 prin amenajarea unui grup de clădiri libere şi neutilizate.

Pentru realizarea acestui program, D. Guvernator al Bucovinei a pus la dispoziţie un fond de zece milioane lei.

In anul viitor programul de desvoltare al sanatoriilor dela Vişniţa va continua.

Casele de ocrotire din satele Bucovinei

In Bucovina s'au creiat, în ultimul an, numeroase case de sănătate şi de ocrotire.

Pe şoseaua ce duce dela Cernăuţi la Vatra Dornei au fost vizitate câteva din aceste case, cari sunt primite de săteni cu o foarte mare încredere.

Cea mai completă şi bine condusă este aceia dela Dorna Cândrenilor unde Medicul Circumscripţiei, D-rul Vasilache desfăşoară o activitate remarcabilă.

D-sa nu este numai un vrednic animator al unei instituţii în serviciul căreia aduce entusiasm şi competenţă, dar este şi un frumos exemplu de viaţă: D-rul Vasilache are şease copii voinici ca şi majoritatea locuitorilor din Dorna Cândrenilor.

D. Ministru a felicitat călduros pe D. Dr. Vasilache pentru tot ceia ce a realizat.

Vatra Dornei

In pitoreasca staţiune balneară a Bucovinei, s'a vizitat spitalul organizat de Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale, cu ajutorul Mitropoliei. Aici vor fi îngrijiţi, graţie frumoaselor instalaţii de băi şi de mecanoterapie, răniţi cu leziuni articulare.

Părăsind Bucovina D. Ministru al Sănătăţei a felicitat călduros pe D. Guvernator al Bucovinei şi pe D. Dr. Lupu, Director Sanitar, pentru frumoasele instituţii ce au reuşit să întemeeze, să completeze şi să reorganizeze într'un timp atât de scurt.

Constatările comisiei pentru combaterea malariei în judeţele Covurlui, Tulcea şi Ismail

In zilele de 25, 26, 27 şi 28 Iulie cr. membrii Comisiei pentru combaterea malariei, d-nii prof. dr. C. Ionescu-Mihăeşti, prof. dr. M. Ciucă, prof. dr. Gh. Zotta, împreună cu d. prof. dr. P. Tomescu, ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, d. dr. I. Stoichiţia, Secretar General şi dr. Gh. Badenschi, medic primar de malarioterapie, au vizitat judeţele Covurlui, Tulcea şi Ismail pentru a examina pe teren situaţia malariei şi măsurile necesare pentru combaterea eficace a acestei boli.

JUD. COVURLUI

In localul Inspectoratului General Sanitar Galaţi a avut loc o conferinţă cu medicii primari de judeţ şi medicii director de spital din acest Inspectorat.

D. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale deschizând conferinţa arată însemnătatea problemei paludismului pentru buna organizare sanitară a ţării.

D. Prof. Dr. M. Ciucă spune că un punct important în lupta contra paludismului este ca toţi bolnavii să fie trataţi.

Anul acesta din cauza inundaţiilor trebue să ne aşteptăm la o creştere a cazurilor de malarie şi de aceia se impun măsuri imediate.

D-sa arată — în continuare— că tratamentul malariei trebue puţin modificat actualmente, astfel ca toţi bolnavii să poată beneficia de o îngrijire medicală eficace.

D-sa spune că nu se poate spera niciodată ca prin singura acţiune medicală să distrugem toată malaria din ţara noastră.

In viitor trebuesc făcute lucrări mari de asanare eşalonate într'un program de 20 ani cel puţin, pentru a desfiinţa unele întinderi de apă.

Dar prin acţiunea sanitară se pot obţine rezultate însemnate în combaterea malariei şi medicii trebue să trateze pe toţi bolnavii de malarie şi să aplice toate măsurile de desinsectizare a locuinţelor.

D. prof. dr. M. Ciucă roagă apoi pe medicii prezenţi să expună punctul lor de vedere şi observaţiunile ce au făcut pe teren.

Cu acest prilej s'a văzut că unele lucrări de terasamente şi amenajare au creiat modificări ale cursurilor apelor şi au dat naştere astfel la condiţii favorabile desvoltărei malariei.

Deasemenea aducerea unui mare număr de lucrători străini de regiune pentru efectuarea unor lucrări de terasament au dus la izbucnirea unui mare număr de cazuri de malarie la aceşti lucrători neimunizaţi, constituind astfel un factor însemnat în răspândirea malariei din unele regiuni.

D. Prof. Dr. P. Tomescu încheind conferinţa, a mulţumit participanţilor pentru interesul ce l-au arătat problemei combaterii malariei.

D-sa a arătat apoi că trebue să începem o acţiune sanitară susţinută în regiunile cu o mare endemie malarică şi trebue să executăm unele lucrări de asanare.

D. Ministru Prof. dr. Tomescu a discutat apoi cu d-nii medici primari de judeţ chestiunile locale insistând asupra utilizării cu maximum de randament a studenţilor în Medicină din ultimul an care îşi fac stagiul de vară la circumscripţii sanitare rurale.

D. Prof. Dr. Gh. Zolta a făcut o prelegere asupra malariei, învăţătoarelor de igienă şi gospodărie de la cursurile

de pregătire a învățătoarelor cari au loc la Școala Normală de fete din Galați.

JUD. TULCEA

La Tulcea a avut loc în localul Prefecturii o consfătuire cu primarii învățători și notarii, asupra măsurilor de combatere a malariei ce trebuesc luate de autoritățile locale și asupra importanței malariei în desvoltarea și propășirea satelor din acest județ.

D. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale deschizând această consfătuire cere tuturor intelectulilor satelor din județul Tulcea să sprijine, lupta contra malariei.

D-sa arată că membrii Comisiunei pentru combaterea malariei, cei mai buni specialiști ai noștri în această problemă, au venit în județul Tulcea pentru a studia pe teren acțiunea de stăvilire a malariei și măsurile pe cari trebue să le luăm pentru combaterea eficace a ei.

D. Ministru roagă apoi pe participanții la această consfătuire să sprijine acțiunea organelor sanitare și să convingă pe toți locuitorii de necesitatea măsurilor de combatere ce se vor lua.

D. Col. Ghica, prefectul jud. Tulcea arată că primul deziderat al unei țări este sănătatea fizică și morală a locuitorilor ei.

In județul Tulcea unde bântue malaria trebue să combatem cu toate mijloacele această boală.

D-sa asigură pe d. ministru și pe d-nii profesori, membrii ai Comisiei pentru combaterea malariei că toți intelectuavli satelor din județul Tulcea vor da tot sprijinul acțiunei sanitare de stăvilire a malariei.

D. prof. Dr. Gh. Zotta, membru al Comisiei pentru combaterea malariei, expune măsurile care vor fi luate în diferite regiuni ale județului Tulcea și activitatea pe care trebue să o depună autoritățile locale pentru a sprijini în mod eficace acțiunea organelor sanitare.

A urmat apoi o conferință cu medicii de circumscripție rurală din județul Tulcea unde s'a examinat situația actuală a endemiei malarice în diferite locali tăți din județul Tulcea și s'au dat instrucțiuni medicilor asupra acttvității ce o vor avea de desfășurat

VIZITAREA REGIUNILOR MALARICE DIN JUD. TULCEA

D-l Ministru al Sănătății împreună cu membrii Comisiunei pentru combaterea malariei a vizitat satele din regiunea malarică a județului Tulcea, examinând îndeaproape situația cazurilor vechi și noui de malarie, acțiunea de combatere desfășurată de medici, agenți chininizatori și celalt personal sanitar auxiliar.

Deasemenea s'a studiat cu autoritățile locale din aceste comune malarice situația natalității și mortalității infantile și generale.

In com. **Ciamurlia** membrii Comisiei pentru combaterea malariei au constatat o importantă scădere a cazurilor de malarie în comparație cu anul trecut. Aceasta grație acțiunei sanitare desfășurată și activității agenților chininizatori.

In com. **Jurilofca** deasemenea comisiunea de combatere a malariei a avut de constatat o reală îmbunătățire în situația cazurilor de malarie. Va trebui totuși să se lucreze în aceiași direție.

D. ministru a felicitat călduros pe d. dr. M. Milcescu, medicul circumscripției sanitare, prin activitatea căruia numărul cazurilor de malarie a scăzut mult în anul acesta.

In com. **Ienisala, Vintilă Brătianu și Lunca** membrii Comisiei de combatere a malariei au constatat că se impune o acțiune sanitară susținută de combatere a malariei.

In com. **Zebil** s'a vizitat clădira spațioasă a dispensarului care este în curs de terminare.

S'a hotărît să se înființeze în acest dispensar un centru rural pentru combaterea malariei care va îndruma activitatea sanitară a regiunei din jur și va efectua examenele de laborator necesare diagnosticului cazurilor de malarie.

JUD. ISMAIL

La Ismail a avut loc la Serviciul Sanitar Județean o consfătuire cu medicii locali asupra problemei malariei și asupra măsurilor ce vor trebui luate imediat pentru asigurarea bunei stări sanitare a locuitorilor din comunele bântuite de malarie.

Inspecțiile d-lui ministru al sănătății și ocrotirilor sociale, la instituțiile sanitare din Jud. Covurlui, Tulcea și Ismail

In zilele de 25, 26, 27 și 28 Iulie a. c., cu prilejul cercetărilor făcute de Comisia pentru combaterea malariei în regiunea deltei Dunărei, d. prof. dr. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale însoțit de d. Secretar dr. Stoichiția, Secretar General și de d. dr. Constantin Daniel, Asistent Universitar a vizitat instituțiile sanitare din jud. Covurlui, Tulcea și Ismail.

JUD. COVURLUI

D. Ministru Prof. Dr. Tomescu a vizitat școala de pregătire a învățătoarelor de igienă și gospodărie care funcționează în localul școalei normale din Galați.

Această școală organizată în cele mai bune condițiuni are un corp didactic ales, iar învățătoarele au arătat d-lui Ministru via lor dorință de a contribui la ridicarea sanitară și socială a satelor românești.

D. Prof. Dr. Tomescu, Ministrul Sănătății și Ocrotirilor Sociale, vorbind învățătoarelor adunate în sala de curs a școalei, a arătat necesitatea ca starea sanitară să fie îmbunătățită în satele noastre.

In acest scop organizația sanitară a apelat la acele învățătoare care prin cunoștințele, pregătirea și activitatea lor pot să fie utile în lupta pentru ridicarea satelor.

Dvs. veți căpăta — a spus d. Ministru — la aceste cursuri de pregătire cunoștințe de igienă, de creșterea copiilor, de gospodărie și de ocrotire socială.

Dar după ce veți absolvi aceste cursuri, veți putea rămâne învățătoare de igienă și gospodărie în comuna dvs. și la școala dvs., căci școala în mediul rural nu trebue să se mărginească numai la educarea copiilor în cursul primar trebuind să facă în viitor și educația igienică și gospodărească-și îmbunătățească alimentația și cum că a femeilor și tinerelor fete.

Pe acestea dvs. le veți învăța cum să-și îngrijească mai bine copii, cum să păstreze regulele de igienă.

După absolvirea acestor cursuri, veți da un examen și veți lucra în calitate de învățătoare de o catedră nouă, aceea de igienă și gospodărie în comuna și școala dvs. și veți primi pe lângă un grad mai mare și un salariu superior.

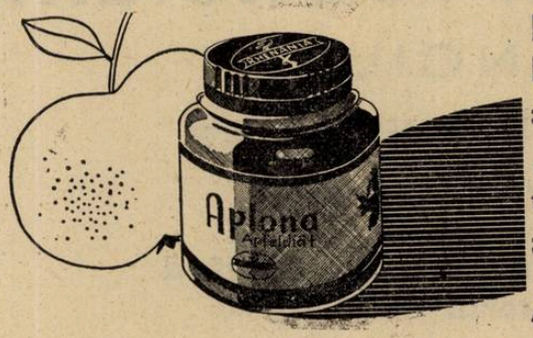
Trebue să lucrați cu entuziasm și energie pentru propășirea satelor noastre; veți înființa școli de gospodărie țărănești unde cele mai bune fete din sat vor lucra alături de dvs. și veți îmbunătăți astfel alimentația sătenilor noștri.

In încheiere, d. ministru Tomescu urează succes în misiunea lor învățătoarelor de igienă și gospodărie.

D-sa mulțumește d-lui General Niculescu-Cocîu, Comandantul Garnizoanei, d-lui colonel Goțescu, Prefectul Județului și d-lui Primar al Municipiului Galați, pentru prețiosul concurs ce au dat organizării și bunei funcționări a

Un antidiareic politrop

în loc de măsuri medicamentoase multiple



Proprietatea de absorbţie şi puterea de desinfecţie a combinaţiilor de cărbune, tanin sau medicamentelor similare, administrate per os sau rectal, se epuizează prea curând, „Aplona", lipsită de inconvenientele mărului crud, întruneşte însuşirile unui medicament specific, cu acelea ale unui agent dietetic natural.

Ambalaj original: borcan de sticlă 100 g.

Aplona

dieteticul medicamentos

dă consistenţă scaunului — desintoxică — regularizează peristaltismul intestinal.

RHENANIA "Rhenania" Pharmazeut. Abteilung der Kali-Chemie Aktiengesellschaft

Depozitari pentru România: Pharmag S.A. Braşov, Strada Regina Maria 18.

Analeptic Central şi Circulator cu acţiune durabilă

Hipotonii, împreună cu stările consecutive: slăbiciune, ameţeală, lipotimii. Stări de epuizare după operaţii şi în cursul maladiilor infecţioase. Analeptic puternic şi stimulent respirator în narcoze şi intoxicaţii.

TW Temmler

TEMMLER-WERKE • BERLIN

Reprezentant pentru România:

Dr. ALEXANDRU RADU, Bucureşti 3, Strada Sofia No. 14

Tratamentul Şancrului Moale şi complicaţiilor sale

Prin injecţiuni intramusculare cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU-BANCIU"

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

este foarte bine tolerat. Nu dă şoc nici febră permiţând tratamentul ambulatoriu

PREZENTAREA: Cutii cu 6 fiole a 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate farmaciile din ţară.

Pentru literatură şi eşantioane Domnii Medici se vor adresa:

Laboratorului „Dr. A. BANCIU" Bucureşti, Str. Regală, 10 — Tel. 5.84.29

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

35 ani de existenţă
(1907 — 1942)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa Laboratorului „Dr. A. BANCIU" Bucureşti, Str. Regală Nr. 10 Etaj. Telefon 5 84.29

acestei şcoli de pregătire a învăţătoarelor de igienă şi gospodărie.

A urmat apoi expunerea d-lui dr. I. Stoichiţia, Secretar General al Ministerului Sănătăţii care a arătat activitatea ce vor avea de desfăşurat învăţătoarele în mediul rural — înfiinţarea de şcoli de gospodărie, de cămine de zi, de grădiniţe de copii, facerea fişelor familiare, acţiunea sanitară pe teren — şi misiunea care vor trebui să o îndeplinească în satele noastre.

D. Prof. Dr. Gh. Zotta, dela Facultatea de Medicină din Bucureşti, membru al comisiei pentru combaterea malariei a făcut apoi învăţătoarelor de igienă şi gospodărie o prelegere asupra însemnătăţii problemei malariei şi mijloacelor de combatere.

JUD. TULCEA

D. ministru a vizitat leprozeria dela Tichileşti a cărei organizaţie trebue complectată astfel ca bolnavii internaţi acolo să poată să-şi creeze o viaţă socială normală. In prezent mulţi bolnavi şi-au construit case proprii şi şi-au întemeiat gospodării frumoase.

Din nefericire acest sistem nu a fost totdeauna încurajat şi în trecut s'a construit un spital care din cauza împărţirii încăperilor şi psihologiei bolnavilor nu a putut fi utilizat.

S'a luat decizia ca Ministerul Sănătăţii să încurajeze construcţia de case, proprii, bolnavii fiind astfel legaţi de pământ şi putând să cultive terenurile ce li s'au pus la dispoziţie. Anul acesta se vor construi 15 locuinţe pentru bolnavi.

Starea de sprit a bolnavilor a fost găsită bună şi în general ei sunt mulţumiţi de îngrijirile ce li se dau.

S'a vizitat apoi Spitalul din Isaccea care are nevoe de o complectă reorganizare pentru a corespunde nevoilor de asistenţă medicală a populaţiei şi pentru ca să funcţioneze în bune condiţiuni.

S'a inspectat spitalul de Stat **din Babadag** unde d. ministru a dat instrucţiuni pentru îmbunătăţirea condiţiilor de funcţionare şi pentru repararea instalaţiei de apă.

La **Tulcea** d. ministru a vizitat spitalul de Stat, care a fost reparat în ultimul timp şi care este bine organizat, funcţionând cu o secţie de chirurgie şi contagioase. D. ministru a mulţumit medicilor spitalului pentru eforturile ce le-au făcut spre îmbunătăţirea spitalului, rugându-i totdeodată să desăvârşească în cel mai scurt timp posibil organizarea sa.

S'a inspectat apoi clădirea dispensarului policlinic din Tulcea, care prin străduinţa d-lui dr. Stănescu medicul şef al oraşului Tulcea este în curs de terminare, şi unde se vor instala serviciul sanitar de oraş, laboratorul de igienă şi baia comunală din Tulcea.

D. ministru a mulţumit şi a felicitat călduros pe d-na Dr. şi d, Dr. V. Stănescu pentru frumoasa lor activitate medicală şi socială.

D. ministru a inspectat apoi Laboratorul de igienă şi serviciul sanitar al judeţului unde membrii comisiei pentru combaterea malariei au examinat situaţia natalităţii, mortalităţii şi a bolilor infecto-contagioase din judeţ.

La laboratorul de igienă a judeţului d. ministru a examinat activitatea acestei instituţiuni şi a luat măsuri pentru ca să active mai intens în special pentru diagnosticarea cazurilor de malarie din judeţ.

JUDEŢUL ISMAIL

La Reni Spitalul de Stat are nevoe de unele îmbunătăţiri pentru desăvârşirea organizaţei sale. D-l Ministru a dat instrucţiuni ca instalaţiile sanitare să fie puse în stare de funcţionare şi ca spitalul să aibă un randament mai mare.

Dispensarul serviciului sanitar al oraşului Reni condus de Dl. Dr. Vasiliu a fost găsit foarte bine organizat şi funcţionând în cele mai bune condiţiuni.

Dl. Ministru a vizitat apoi staţiunea de deparazitare din Gara Reni care este bine instalată şi funcţionează cu un randament mare.

La **Ismail**, D-l Ministru a vizitat spitalul de Stat care are o capacitate de 150 paturi şi este în curs de reparare. D. ministru a dat dispoziţiuni pentru instalarea unui laborator de analize al spitalului şi pentru amenajarea unei bune farmacii de spital.

Au fost inspectate apoi serviciul sanitar al oraşului Ismail unde d. ministru a constatat rodnica activitate pe care o desfăşoară serviciile de ocrotire pentru protecţia copilului, Serviciul Sanitar Judeţean, Serviciul Sanitar al oraşului, Dispensarul Societăţii Crucea Roşie şi farmacia publică din localitate.

D-l ministru a mulţumit cu prilejul acestei inspecţiuni, domnului colonel Sergiu Athanasiu, prefectul jud. Ismail, pentru deosebita grijă ce depune asistenţei medicale a populaţiei şi pentru sprijinul activ ce-l dă organelor sanitare.

Constatările D-lui Ministru al sănătăţei în Jud. Prahova

In ziua de 13 Iulie D. Ministru al Sănătăţei a vizitat spitalul şi circumscripţiile sanitare din plasa Văleni.

Spitalul dela **Văleni-de-Munte**, foarte bine condus de D. Dr. C. Dimitriu a devenit neîncăpător faţă de afluenţa de bolnavi, cari vin cu multă încredere aici.

De aceia s'a decis să se construiască un pavilion pentru consultaţiuni, în care va funcţiona pe lângă serviciul sanitar al Statului, — Serviciile Medicale ale Asigurărilor Sociale şi acelea ale Căei ferate Ploeşti-Văleni.

In modul acesta se încearcă o colaborare mai strânsă între instituţii cari urmăresc acelaş scop. In special acolo unde ele nu pot lua o mare desvoltare din cauza situaţiei locale, este foarte bine să se realizeze o colaborare creatoare.

La **Circ. rurală Poseşti** a fost găsit va serviciu dl. drd. Paraschivescu, înlocuitorul titularului care se află mobilizat.

Cu mult elan, tânărul medicinist se pusese la curent cu problemele sanitare locale, legase bune relaţiuni cu fruntaşii comunei şi a stăruit ca localul de primărie, cămin cultural si dispensar, început de câtva timp, — să fie imediat terminat.

D-l Ministru al Sănătăţi a alocat în acest scop 300.000 lei; ministerul de interne a acordat încă 300.000 lei. Astfel că întreaga sumă de care era nevoe pentru terminarea clădirei, a fost găsită graţie intervenţei d-lui drd. Paraschivescu. D-sa va avea satisfacţia ca în cele patru luni în care a ocupat funcţia de Medic de circumscripţie — suplinitor a putut realiza o operă durabilă.

La **Circ. rurală Drajna — de — Sus** a fost găsită la serviciu D-na Drd Liana Paraschivescu.

Decarece Dispensarul Circumscripţiei era instalat în condiţii regretabile, d-sa a găsit o casă frumoas, foarte potrivită pentru un astfel de serviciu şi care a fost închiriată numai cu 12.000 lei anual.

Când se va întoarce din mobilizare medicul titular al circumscripţiei, va constata un evident progres, datorit unei tinere fete care a înţeles să se devoteze unui serviciu public deşi nu-l ocupa decât pentru patru luni.

D. Ministru al Sănătăţei felicitând pe aceşti doi medici locţiitori, şi-a exprimat speranţa că marea majoritate a colegilor lor, se comportă în acelaş mod lăudabil.

NOTIȚE TERAPEUTICE

Soluție de Prontosil - alcol acetonă pentru tratamentul epidermofiției și a eczemelor umede.

Dr. C. Pfalzgraf.

Spit. evan. Gelsenkirchen (M. M. W. 1941 No. 14)

In epidermofiții, Pfalzgraf a încercat pensularea cu următoarea soluție de Prontosil:

Prontosil roșu	2,0
Alcool (90°)	64,0
Acetonă	35,0
Glicerină	1,0

In cazurile ușoare, o singură pensulare este suficientă; înainte de pensulare, toate veziculele trebuesc deschise. După pensulare, Pfalzgraf aplică un mic pansament protector cu o pomadă de Prontosil 5%. In cazurile grave, pielea subminată se va elimina pe cât posibil, apoi se va pesula cu soluția de Prontosil și se va aplica pansamentul cu pomada de Prontosil. Pansamentul se va schimba din 2 în 2 zile, deschizând veziculele noui și pensulând din nou; de cele mai multe ori, 3 pensulări sunt suficiente. In felul acesta, au dispărut de multe ori epidermofiții cari persistau de 10 ani. Tot atât de bune efecte are pensularea cu Prontosil, când există eczeme secundare, de ex.:

A. W., din 1930 vezicule cu un conținut apos, purulent pe piele, de a unci, în ciuda numeroaselor încercări de tratament, deabia a avut în decurs de 10 ani 14 zile fără aceste vezicule neplăcute. Acum, focare vechi și noi de epidermofiție și temperatură subfebrilă. După 2 pensulări după schema de mai sus cu soluție de Prontosil și tratament cu pomadă, afecțunea (epidermofiție) s'a vindecat în 5 zile. Și eczema secundară a dispărut repede cu tratamentul cu pasta Lassar.

Pfalzgraf repetă, pe cât posibil imediat la apariția unei recidive, pensulările.

Și în eczemele umede, administrarea Prontosil-ului a dat rezultate mai bune decât aceea a pomezii cu tanin, la fel în tratamentul fistulelor secretante.

Despre tratamentul atrofiei tabetice a nervului optic

Carretas.

Madrid: Medicina 1940 No. 1 vol 8 p. 51.

In atrofiile tabetice ale nervului optic, C. recurge la următorul tratament: instilațiuni cu pilocarpină, pomadă cu pilocarpină. Eserină+pilocarpină, injecții cu strichnină, după prima cură cu strichnină, Salvarsan (Necsalvarsan)+Bi, apoi Iodobismutat de chinină, zilnic câte o injecție cu Hormotonin sau Tonophosphan, apoi după 8 injecții cu Tonophosphan și 2 zile de pauză, timp de 6—12 zile câte 1 injecție cu strichnină, apoi iarăși 8 injecții cu Tonophosphan ș.a.m.d. In timpul acestui tratament, tensiunea intraoculară trebue controlată foarte riguros. C. crede, că cu această metodă se pot evita multe cazuri de orbire din cauza tabesului, dacă atrofia nu este încă foarte înaintată.

Aplicarea locală de Prontosil solubil

Dr. J. A. Smith

Bromsgrove (B. m. I. 1940 No. 4146)

Se pare că Prontosilul solubil în aplicațiuni locale ar fi da rezultate foarte bune, așa într'un empiem pleural, unde a fost injectat intrapleural (5 cmc. 5%, repetat), într'un abces fesier în cavitatea abcesului, în ulcer varicos și perineal, precum și în plăgi arse cari nu se vindecau bine, aplicat ca pomadă cu Prontosil solubil.

Profilaxia post-partumului cu Gravitol

Benthin

Dtsch. med. Wschr. 1934, No. 30, p. 1130

2 cmc. de Gravitol, injectați intramuscular imediat după facere, au ca urmare o eliminare imediată a placentei și evitarea unor pierderi de sânge mai însemnate. In 92,5% din 1637 de faceri expulsia placentei a urmat după 20 minute post-partum, în 75% chiar după 10 minute. Numai de 60 de ori a durat mai mult de 30 de minute, din acestea de 30 de ori mai mult de 1 oră. în 82,1% din cazuri pierderea de sânge a fost sub 300 cmc., în 93,1% sub 500 cmc. Peste 500 cmc. de sânge au pierdut numai 7% dintre femei, dintre acestea 15 femei=1,2% au avut o pericadă de expulsie placentară de 10 minute. Când perioada de decolare mergea până la 20 de minute, 9,3% sângerau deja mai puternic, dacă aceasta se prelungea până la ½ de oră, 37%, iar pentru o durată și mai lungă 75%. Hemoragii periculoase de peste 1000 cmc. au fost numai la 23 de femei=1,4%; de aceea, decolări manuale nu au fost necesare decât în mod excepțional, de 21 de ori=1,27%. Placentele eliminate rapid (în 20 de minute) nu au fost însoțite de hemoragii de peste 1000 cmc. decât în 0,4% din cazuri, cele în 10 minute numai în 0,16%. Gravitolul are astfel și o importanță prognostică, deoarece face să fie recunoscute complicațiile la 20 de minute după injecție. Atonii mai puternice au fost întâlnite în total de 2 ori, o atonie într'adevăr accentuată numai o singură dată, după o decolare manuală a placentei. Accidente, ca de ex. strangulări datorite spasmului orificiului colului, nu au fost întâlnite, întrebuințând Gravitolul. Cifra placentelor incomplecte nu a crescut; numai în 0,91% a fost necesar un control. Decolările manuale au fost rarecri necesare, și de cele mai multe ori, din cauza hemoragiilor.

Rinita vasomotorie

Dr. A. Greifenstein,

Königsberg (Münch. med. Wschr. 1941 No 10)

In rinita vasomotorie trebue făcută desensibilizarea, dacă s'a găsit alergenul declanșant. In caz contrar, ar trebui dat simptomatic adrenalină, efedrină, calciu etc.; și Torantilul (la 2 zile câte o fiolă sau de 3 ori pe zi câte 1—3 drageuri sau ½—1 cmc. pulverizații în nas) ar trebui încercat; apoi, dacă etistă, extirparea operativă a polipilor și a hipertrofiei cornetelor.

Obsarvațiuni clinice asupra acțiunei Dolantin-ului în diverse stări spastice și dureroase.

G. Ficarra,

Clin. med. gen. Florența: Rass. Internaz. Clin Ter. 1941 No. 20.

La 18 bolnavi cu diverse afecțiuni dureroase, ca poliartrite reumatice, colică nefretică în nefrolitiază, colici biliare, dureri neoplazice, radiculite mieloctice, sciatică, astm bronchic etc., a survenit întotdeauna analgezie după administrarea de Dolatin per os după 15'—20', intramuscular după 6—12', iar i.v. imediat, pentru 8—10 ore. Pulsul și tensiunea nu au fost influențate de Dolantin.

Domnii medici pot obține eșantioane și literatură asupra preparatelor de mai sus adresându-se la «Romigefa» S. A. R. str. Brezoianu 53, București I. Tel. 3.92.86.

ÎN TRATAMENTUL TULBURĂRILOR MENOPAUZEI

MENFORMON

1000 U. I. PE ZI, PÂNĂ LA 50.000 U. I. DIMENFORMON

de două ori pe săptămână după gravitatea cazului.

Să nu se întrerupă niciodată brusc tratamentul.

N.V. ORGANON

OSS (Olanda)

Reprezentanța pentru România:

ODOL-PHARMA

SECȚIA FARMACEUTICĂ

ODOL S. A. R.

STRADA APOSTOL MĂRGĂRIT, 22 — TELEFON 5-6776

BUCUREȘTI IV

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.

Prospecte ilustrate gratuite

Condițiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

într'o poziție privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentului:

în camere pentru două persoane dela RM 9.—

în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**

Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien

Südl. Bad. Hochschwarzwald

Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

fabrica de produse chimice
gedeon richter
București V,
Str. Logofătul Taut No. 99
Telefon 5.69 03

In toate anemiile și în reconvalescență

FERCUPAR

TABLETE

(Fer, cupru, ficat, vitamina B.)

Neplăcerile verii :

diareea, intoxicațiunile alimentare, disenteria, enteritele acute
le combateți cu succes prin :

TANOCARBON

TABLETE

Antiseptic — Astringent

In tratamentul urticariei precum și al tuturor stărilor de anafilaxie, atât la copii cât și la adulți prescrieți

PEPTOCALCIUM FORTE

pentru adulți și

PEPTOCALCIUM MITE

pentru copii

tablete

«EMINESCU» S. A. R. București, str. Ing. Anghel Saligny 2 Tipărită la 1 August 1942

În cazuri de insuficienţă cardiacă chiar grave

Scilloral

dă posibilitatea unui tratament continuu, fără a produce turburări micşorând terapia intravenoasă de glicosid

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREŞTI

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S.A.R. — BUCUREȘTI I, STR. SF. IONICĂ, 8

Anul XX No. 17 — 15 Lei Exemplarul — 1 Septembrie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:

D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Agregat I. MARIAN: *Aparatul gipsat în tratamentul fracturilor de război.* 217

Dr. M. NASTA: *Tratamentul plăgilor toracopulmonare şi a complicaţiilor lor după directivele profesorului Morelli.* 220

Dr. ION JUVARA: *Câteva cunoştinţe necesare pentru îngrijirea raţională a unei fracturi.* . . . 224

Conf. Dr. LAZEANU, S. CIOMAC şi GH. AL. DOBRESCU: *Abces apendicular.* 225

Dr. MARIA MAXIM: *Conţinutul în vitamina C al alimentaţiei Spitalului de copii din Cernăuţi, în lunile de iarnă.* 226

CRONICI

Dr. EUGEN NICOARĂ: *Veche contribuţie Românească la întemeierea Spitalului din Braşov* . . 228

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Un important decret al Fuehrerului privitor la sănătate şi domeniul sanitar în Germania; Noui medici primari de specialitate; Inspecţiile D-lui Ministru al sănătăţii în judeţele Arad, Timiş-Torontal, Severin, Caraş, Mehedinţi, Romanaţi şi Olt. 230

Constatări asupra instituţiilor sanitare din judeţele Hunedoara, Alba, Bihor şi Turda. 232

NECROLOG

Prof. Dr. Gh. Zotta de Prof. Dr. Vintila Ciocâlteu. 229

BIBLIOGRAFII

La hernie postérieure du menisque intervertébral. Hernie nucléaire postérieure, et ses complications nerveuses, par *Pierre Glorieux.* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 102 pagini cu 98 figuri şi 2 planşe, 40 fr.

Les explorations fonctionnelles par *Noël Fiessinger* Masson et C-ie, éditeurs. Un volum de 432 pagini cu 65 figuri, 70 fr.

Terapia modernă a neuroluesului cu

SOLVARSIN

Preparat arsenical pentavalent pentru injecţii intramusculare sau subcutane, in soluţie inectabilă.

Toleranţă perfectă locală şi generală

Ambalaj original: Cutii cu 5 fiole a 2,3 şi 5 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R., Bucureşti I. Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92.86.

LEUKOTROPIN

Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale

artrite acute

inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:

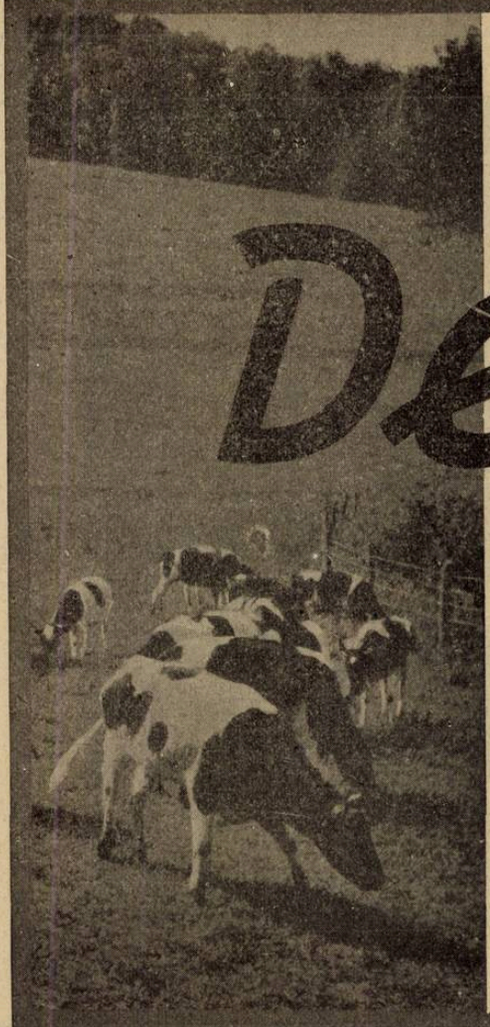
Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:

Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.
(vorm. Silten-Gesellschaft)
MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.



PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

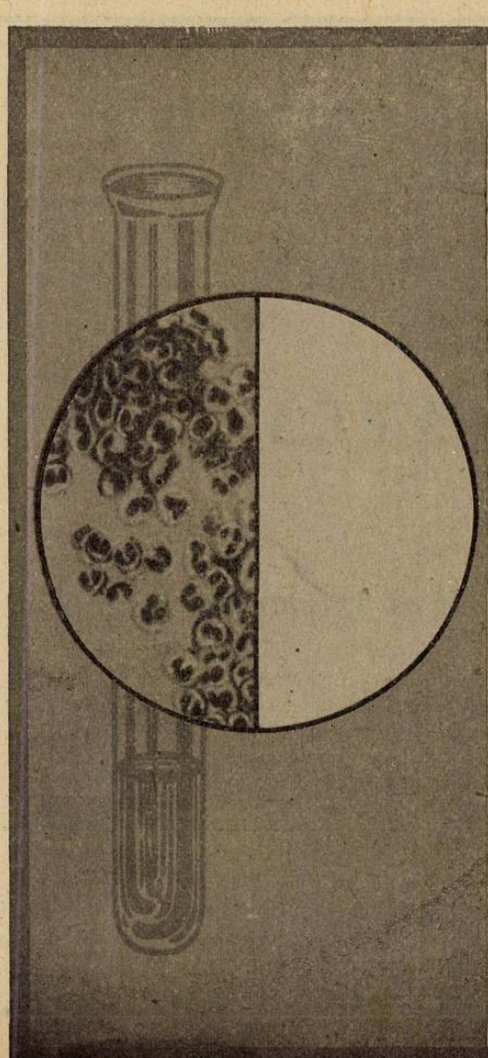
conține principiul coleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



ANTISEPTIC, URINAR ȘI GENERAL

NEOHEXAL

în toate procesele infecțioase ale căilor urinare,
precum și în gripe și răceli

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel. 5.51.51

AKTIVANAD

NORDMARK - WERKE HAMBURG 21

stimulează:

ENERGIA VITALITATEA

indicat în stările de:

oboseală şi epuizare şi în perioadele de efort fizic şi intelectual intens.

Forma comercială:

Flacon original de cca. 250 gr.

Dr. Alexandru Radu, Bucureşti, 3 Str. Sofia 14

Anul XX No. 17 15 Lei Exemplarul 1 Septembrie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Aparatul gipsat în tratamentul fracturilor de război *)

de Agregat I. Marian

Studiul şi tratamentul leziunilor aparatului motor al soldatului în timp de război prezintă o importanţă capitală pentru orice medic, fie militar sau civil, căci cu toţii suntem la dispoziţia armatei în timp de război.

Tratamentul fracturilor în timp de război, nu-l putem face ca în practica zilnică de spital sau oraş, ci este subordonat unei situaţii speciale de război, cum este numărul mare al cazurilor, care reclamă îngrijiri repezi şi sigure, ca să putem face o evacuare a răniţilor spre a degaja formaţiunile înaintate. Prin urmare rănitul se află într'un transport continuu, adică într'o mobilitate ce se cheamă evacuarea.

Din această cauză nu se poate da rănitului dela început un ajutor definitiv, ci la fiecare formaţiune i se dă îngrijiri pentru o durată relativ scurtă, astfel la postul de prim ajutor se dau ajutoare urgente, la ambulanţe divizionare îngrijiri mai bune, la spitale de campanie se fac tratamente pentru o durată mai lungă şi chiar definitive, iar la spitalele Z. I. tratamentul este definitiv şi continuat până la complecta vindecare.

Este în interesul răniţilor fracturaţi ca principiile şi mijloacele de tratament să fie cunoscute de toţi şi bine aplicate, adică să fie o uniformitate şi nu fiecare medic să îngrijească rănitul după principiile sale personale, de exemplu unul va opera, pentru că nu-i plac bandajele, altul va scoate gipsul, căci crede că extenzia este mai bună, etc., astfel ne vom găsi în situaţia, că toată munca depusă va fi în zadar şi rezultatul compromis.

Această uniformitate de tratament nu înseamnă o singură metodă de tratament, ci din contră vom întrebuinţa toate mijloacele de tratament după cerinţele cazurilor şi nu după predilecţia noastră personală.

Un tratament ori cât de bun ar fi, dacă cere însă ceasuri de lucru, el va fi rău, pentru că nu vom putea îngriji decât câţiva răniţi pe zi, iar restul vor rămâne neîngrijiţi.

Nu mai puţin trebuie să ţinem seama şi de materialul cu ajutorul căruia facem tratamentul fracturilor, care trebuie să îndeplinească anumite condiţiuni impuse de tactică şi împrejurări.

Trebuie să întrebuinţăm un material, care se poate procura în cantitate foarte mare şi uşor să se găsească în ţară, să fie uşor de transportat, să nu ocupe spaţiu mare, să fie simplu, durabil şi să nu se altereze uşor.

Având în vedere condiţiile medico militare în război şi principul conservărei în tratamentul fracturilor, trebuiesc alese mijloace de tratament, care au o technică simplă, se pot aplica repede şi permite în acelaşi timp îngrijirea plăgei şi a complicaţiunilor.

APARATUL GIPSAT

Problema terapeutică a fracturilor de război se rezumă în următoarele punote: 1) Restabilirea formei şi a direcţiei normale a osului pe cât posibil. 2) Menţinerea acestora prin mijloace cât mai simple. 3) Ingrijirea uşcară a complicaţiilor. 4) Inlesnirea evacuărei. 5) Restabilirea funcţiunei.

Aparatul gipsat satisface toate condiţiunile de mai sus ale problemei terapeutice a fracturilor, asigurând o menţinere durabilă şi sigură, înlesneşte mişcarea bolnavului şi îngrijirea lui mai bună.

Este un bun *aparat de transport*, suprimând bolnavilor durerile, înlăturând riscurile emoragiei şi deplasarea fragmentelor.

Critica ce i se aduce că *nu este practic şi apoi se riscă la o gangrenă prin strangularea membrului, nu* este dreaptă.

Pentru a se evita acest accident sau incident, este destul să fim atenţi la aplicarea aparatului gipsat, ca să nu fie pus prea strâns.

Dacă după una sau mai multe zile dela fractură survine o ameninţare de strangulare prin tumefiarea membrului, este suficient să lărgim gutiera gipsată sau dacă este aparat circular să-l tăem cu un cuţit sau foarfecă specială pe linia mediană şi să-l transformăm într'o gutieră, apoi depărtăm puţin marginile şi astfel se suprimă orice pericol de strângere, fără să se piardă nici unul din avantagiile gipsului circular.

Cum vom şti când trebuie lărgit gipsul?

După aceleaş semne, care ne avertizează şi în celelalte aparate.

In orice aparat criteriul după care ne conducem este starea degetelor.

Degetele de la mâini sau picior ne arată întotdeauna, care este starea circulaţiei membrului întreg.

a) Dacă degetele sunt roşii, calde, sensibile şi mobile, atunci nutriţiunea membrului este normală, nu este ameninţare de strângere.

b) Dacă degetele sunt palide sau violacee, insensibile şi interne, aparatul este prea strâns şi trebuie să depărtăm mărginile aparatului de 1—2 sau 3 cm. până ce degetele şi-au reluat caracterele lor normale.

Ca să nu observăm acest incident prea târziu, vom observa degetele din 3—4 ore în primele zile (în trenul sanitar sau spital) căci după primele zile pericolul strângerei nu mai este.

Insuşi rănitul ne poate anunţa când aparatul este prea strâns şi ameninţă cu gangrenarea membrului.

Se va pune în sălile răniţilor şi în trenul sanitar următorul aviz:

Aceî cari au fracturi ale membrului superior sau inferior trebuie să poată mişca degetele. Ei trebuie să exerciteze ca să le miste cel puţin de 2—3 ori pe oră.

De în dată ce nu le mai pot mişca, trebuie să anunţe infirmierul, care va lărgi aparatul până ce va putea din nou să miste degetele.

Cu aceste precauţiuni luate în primele zile, vom avea siguranţă absolută, ori care ar fi aparatele. Fără această precauţiune din contră, nici unul nu este incfensiv.

Când aplicăm aparate circulare, ca să nu mai fie nevoie să întârziem cu tăiatul gipsului, vom despica aparatul preventiv la un sfert de oră după întărirea gipsului şi vom menţine mărginile cu câteva tururi de faşe negipsată.

S'a obiectat că gipsul nu ar fi practic în formaţiunile chirurgicale înaintate (ambulanţă, spitale de campanie).

Ce se înţelege printr'un tratament practic?

Acela care este aplicabil ori şi unde, de toţi şi pentru toate fracturile în condiţiuni în care se află la ambulanţă sau spital de campanie, sau mai bine acela care nu este nici greu nici nu cere mult timp, ca să fie confecţionat sau aplicat şi nu necesită decât mate-

*) Lucrare făcută în Institutul clinico-chirurgical spitalul de copii.

rale, care se poate avea întotdeauna la îndemână sau procura uşor.

Să examinăm gipsul din acest punct de vedere.

1. *Gipsul va fi greu de construit?*

Nu. Proba este că toţi internii şi externii cari au trecut prin serviciul nostru au învăţat foarte uşor să construiască aparate gipsate.

Dacă sunt medici cari sunt incapabili de a face un bun aparat gipsat, cauza este foarte simplă pentru că nici odată nu l'au învăţat. Nu au pentru a construi un aparat gipsat, nici un principiu, nici regulă, nici formule precise. Astfel sunt medici care nu ştiu să facă decât aparate rele: moi, deformabile, fără precizie, puţin mulate pe corp. De sigur că aceste aparate gipsate nu pot menţiune nimic şi deviaţiunea dacă a fost corijată în prealabil, se va reproduce sub aparat.

2. *S'a obiectat că gipsul cere mult timp pentru a fi făcut.*

Cu puţină obicinuinţă se poate face un aparat gipsat în 10—15 minute. După ce aţi terminat, atitudinea fiind verificată, încredinţaţi aparatul unuia sau la doi infirmieri, ca să-l menţină până ce se usucă şi treceţi imediat la alt aparat unde se găsesc atele făcute.

In acest mod se pot face 5—6 aparate pe oră, ceea ce face 50—60 aparate în 10 ore. O echipă de 3 medici ajutaţi de 12—15 infirmieri pot construi 150 aparate gipsate pe zi.

3. *S'a zis că aparatul gipsat este greu, friabil şi casant.*

Este un avantaj în special pentru membrul inferior de a avea un aparat de transport mai greu, pentru că membrul este mai bine imobilizat pe brancard. Aparatul gipsat este friabil numai în cazul când a fost construit cu apă caldă sau sărată.

4. *Gipsul ar cere 24 de ore ca să se usuce.*

Ca să grăbim uscarea gipsului, trebuie să-l lăsăm descoperit la aer şi în cazuri excepţionale când rănitul trebuie evacuat după 1—2 ore dela confecţionare, ca să împedicăm deformarea gipsului. Vom aplica 4 atele de lemn pe deasupra aparatului, pe care le vom fixa cu o faşe de pânză, ce va fi ridicată imediat ce rănitul ajunge la destinaţie.

5. *Este greu de a avea un gips bun?*

Din vreme armata îşi va procura gipsul bun, ce se găseşte uşor în comerţ pe care-l va pune în cutii metalice sau de lemn bine închise. Acest gips astfel conservat este bun şi după un an, nu se alterează.

Să presupunem că nu face priză repede.

Este suficient ca să-l punem într'un vas metalic ne acoperit şi să-l încălzim 10—15 minute până nu se mai degaje vapori de apă.

Dacă se încălzeşte prea mult 180-200 grade gipsul se arde şi pierde propietatea de a se hidrata din nou, aceasta se întâmplă când se încălzeşte gipsul într'un vas acoperit. Pentru 100 de fracturi la ambulanţă ne trebuiesc 100 de gutiere metalice asortate pentru 4 membre sau 1—2 saci de gips. De sigur că este mult mai uşor de procurat şi transportat 1—2 saci de gips, decât 100 de gutiere de metal, de diferite mărimi.

APARATUL GIPSAT IN SPITALELE Z. I.

Mijloacele de care dispunem pentru tratamentul fracturilor sunt numeroase dar nu ori ce metodă convine ori cărui caz de fractură, ca atare nu trebuie să avem o metodă standart în tratamentul fracturilor, ci trebue să fim electrici şi să aplicăm metode, care convin diferitelor cazuri, căutând să restabilim forma scheletului şi funcţiunea musculo-articulară.

Extenzia continuă. Cu ajutorul extenzie continue menţinem în tot timpul consolidării extenzia stabilită, ca să reducem deplasările.

Această extenzie se poate face cu ajutorul benzilor adesive sau cu ajutorul unor cuie sau fişe de sârmă. Ea realizează o adevărată coaptare şi o bună menţinere a fragmentelor.

Această metodă are şi ea inconveniente practice.

Pentru aplicarea ei se cere un personal medical şi ajutoare pricepute care să ştie să o aplice şi să o supravegheze.

Extenzia cu benzi adesive are inconvenientul, că nu putem face tracţiunea cu greutăţi mari, căci trecând pe segmentul superior este greu de instalat în fracturile deschise cu plăci mari, ba uneori s'au semnalat şi emcragii prin înţeparea vaselor.

Extenzia cu sârmă tip *Böhler* are avantajul, că tracţiunea se face direct pe os şi cu greutăţi mari, obţinându-se uşor coaptarea, afară de unele deviaţiuni laterale. Trebuie foarte de aproape supravegheat, căci se poate obţine o depărtare a fragmentelor şi în consecinţă o pseudartroză.

Această extenziune are şi ea inconveniente:

Tesutul osos traumatizat de corpi streini care-l traversează şi care iau punct de sprijin pe el, lezat cu încetul de particulele metalice, care cad de pe cuie, se apără rău împotriva mişcărilor, care pătrund prin micile plăgi operatorii dând naştere la infecţiuni osteite şi fistule persistente.

Această metodă este de mare folos în fracturile femurului în special, cu singura condiţiune să fie zilnic controlată şi cu multă atenţiune.

In fracturile de război această metodă permite cu multă uşurinţă pansarea plăgilor, dar nu toate spitalele sunt utilate cu aparate speciale pentru instituirea acestei metode şi nu înseamnă că cu ajutorul aparatului gipsat, nu se poate obţine rezultate bune, ci din contra orice spital putând procura gipsul, care este un material ce se găseşte ori şi unde, se cere numai să se ştie a se aplica aparatul gipsat convenabil, ca succesul să fie deplin.

Intr'un articol publicat în România Medicală Nr. 2415 din Dec. 1941 de d. *Dr. Plăcinţeanu* se ridică contra aparatului gipsat în tratamentul fracturilor de război, spunând, că aparatul gipsat îmbibă, este greu de suportat şi este septic, recomandând numai extenzia prin broşe, ca singurul tratament sigur şi eficace în fracturile deschise de război.

Această provine din ceia ce spune D-sa mai departe: «La bază stă lipsa noastră de experienţă în tratamentul acestui capitol de Patologie Chirurgicală». Pentru că nu este suficient după cum recomandă D-sa «să citeşti numai capitolul clar, bine închegat şi dogmatic de tratamentul fracturilor infectate din tratatul lui Böhler şi să te declari un cunoscător în aplicarea tratamentului fracturilor deschise de război». Este nevoie şi de puţină practică căpătată într'un serviciu de specialitate; având cunoştinţe de toate tratamentele întrebuinţate în fracturi; poţi să aplici fiecărui caz în parte metoda ce i se cuvine, adică să fim eclectici.

A aplica în toate cazurile similare patologiceşte acelaş procedeu de tratament, fără a ţine seama de anumite indicaţiuni, înseamnă a fi unilateral şi a nu profita de avantagiile pe care le oferă eclectismul, adică a indica, aplica şi alege pentru fiecare caz mijloacele terapeutice cele mai bune şi potrivite, ca să obţinem rezultatul cel mai bun, eclectismul reprezentând sinteza unei experienţe îndelungate.

Binefacerile pe care le are extensia în tratamentul fracturilor de război, le dă şi aparatul gipsat cu o condiţie să fie bine aplicat după principii şi reguli bine definite. Acel care nu ştie să facă un bun aparat gipsat, va câştiga puţin prin extensia cu broşe Kirschner, cine a citit tratatul lui Böhler, a putut vedea ce mult face uz autorul de gips.

Chiar d. dr. Plăcinţeanu spune: «extensia transoscasă prin broşe este foarte bună ca perioadă de preparaţie a membrului fracturat, infectat, pentru a fi pus în gips, ca rănitul să poată fi evacuat» prin urmare perioada de lungă durată de tratament se face tot prin gips.

La tuse intensă

Cardiazol-Dicodid-picături

Flacoane à 10 gr.

Dozare: sugari primesc de 2-3 ori pe zi 1-5 picături; copii mai mari de 3 ori pe zi 5-10 picături; adulți de 2-3 ori pe zi 15-20 picături.

KNOLL A.-G., Fabrici chimice, LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S.A.R., Str. Atena 29, București 3.

Propagande medicale: „SPECIA" Str. Anastasie Simu No. 6, Bucureşti III

Tot d-sa mai spune: «vindecările obţinute sub extenzie continuă prin broşe, care arată pseudartroză, lipsă de calusuri osoase, vicioase etc. pot fi corectate şi completate prin intervenţiuni chirurgicale».

Asemenea d. prof. *I. Iacobovici* într'un articol relativ la «Tratamentul fracturilor de război» publicat în Revista de chirurgie Nr. 9.10.1941 spune: «Redorile articulare, anchilozele fibroase şi chiar cele osoase se instalează uneori, cu toată atela Braune, cu toată mobilizarea şi cu toate îngrijirile date în acest sens».

«A conta însă pe extenzie ca singur mijloc de a trata fractura este a ignora multe şi ajunge la rezultate deplorabile».

Aceasta dovedeşte că tratamentul prin extenzie cu broşe nu esclude eşecurile, mai ales dacă cei ce îngrijesc bolnavi cu fracturi trataţi cu această metodă nu-i supraveghează zilnic şi cercetează continuu cu radiografia.

Durata tratamentului este în funcţie de natura fracturei, de plaga infectată, de potenţialul rănitului, astfel am văzut răniţi trataţi cu extenzie transosoasă la care plaga nu s'a închis nici după 7 luni de tratament, deşi s'a intervenit de mai multe ori în focar, totul fiind în funcţie de osteomielită, pe care adesea o fac fracturaţii de război.

Aparatul gipsat definitiv: Indicaţiunile tratamentului fracturilor de război sunt trei: a salva viaţa, a salva membrul şi a evita infirmitatea. Aparatul gipsat cu fereastră îndeplineşte aceste trei condiţiuni.

Unii chirurgi n'au adoptat aparatul gipsat ca aparat definitiv din aceleaşi rele motive, pe care le-a invocat contra gipsului ca aparat de transport, la care au mai adăogat, că este greu de supravegheat, de pansat şi de a trata focarul fracturei.

Acestora li se poate răspunde că graţie ferestrelor largi şi numeroase care se pot face, această supraveghere este uşoară. In unele fracturi (gambă, antebraţ) când avem nevoie de examen complect al membrului este suficient să transformăm momentan aparatul gipsat din circular în bivalv, ca să putem face examenul.

S'a adus acuzaţia că după 2—3 săptămâni dela accident, membrul se desumflă şi aparatul gipsat nu mai menţine corect fractura. Dacă s'a aplicat gipsul în primele ore imediat ce rănitul a sosit la ambulanţă sau spital de campanie, tumefierea va fi împiedecată întru'câtva şi ca consecinţă mai târziu nu va fi desumflare de cât foarte mică.

Dacă tumefierea este prea mare peste 2—3 săptămâni se va face un nou aparat gipsat fără nici un inconvenient, putându-se face şi controlul radiografic şi corectarea necesară în fractură.

Tumefierea este mică, atunci nu este nevoie să se schimbe aparatul, este suficient să-l strângem, dacă este circular îi facem o tăetură pe linia mediană anterioară, ca să putem ridica mărginile şi introduce bucăţi lungi de vată între piele şi aparat. Cu acest mijloc

Fig. 1.

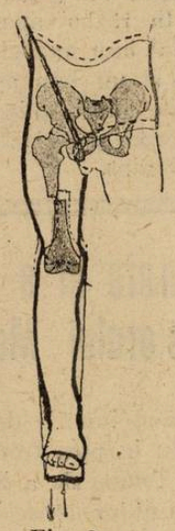


Fig. 2.

Fig. 1. Extenzia continuă cu aparatul gipsat. Explicaţia tehnicei în fig. 2.

Fig. 2. Mulajul gipsului pe condilii femurali şi pe dosul piciorului se face uşor, astfel că întreg aparatul face corp cu partea fracturată. Aparatul va trage cu el fragmentul inferior al femurului, iar bazinul având joc în centura gipsată, va rămâne pe loc fiind menţinut de şnurul pentru contra extenzie.

putem corija şi deplasările fragmentelor, prin presiunea ce o facem cu bucăţelele de vată.

Gipsul poate provoca escare, în special la răniţii prea infectaţi, cu nutriţie defectoasă, dar dacă se iau anumite precauţiuni la aplicarea feşilor gipsate, se pot evita aceste escare. Inainte de a se produce escara, rănitul ne anunţă cu câteva zile prin dureri localizate. Este suficient, să face câte o fereastră în punctele indicate de rănit ca să împiedicăm producerea escarei.

In cazul când deja escara s'a produs, este suficient un pansament obişnuit şi cauterizări cu nitrat de argint, ca în câteva zile escara să se vindece.

S'a zis că gipsul cere anestezie pentru reducerea prealabilă a fracturei; pe când extenzia continuă nu are nevoie, pentru că se reduce încet. Extenzia clasică cu bande adesive este puţin aplicabilă în fracturile de război, din cauza plăgilor mari şi nu putem face extenzie puternică decât cu extenzia cu fir de sârmă.

In fracturile femurului cu încălecare de multe ori nu este suficient aparatul gipsat ca să menţină coaptarea fragmentelor şi este nevoie să-i adăogăm şi extenzie continuă, pe care o instalăm în modul următor: Se fixează cu o sfoară într'un şanţ circular făcut deasupra condililor femurului, care se obţine făcând cu mâna o depresiune deasupra condililor în timp ce se modelează aparatul deasupra genunchiului, sau cu ajutorul câtor-va circulări de faşe gipsată se face o ridicătură circulară deasupra genunchiului împrejurul căruia fixăm o sfoară de tracţiune de care atârnăm greutăţi 15—30 Kgr., fără teamă de escare. Această extenzie este instalată la pat după aceleaş reguli ca şi extenzia clasică fără aparat.

Contra-extenzia se face cu o bandă de pânză capitonată cu vată. Cu o pensă pe sub gips se apucă extremitatea pânzei înaintea abdomenului şi înapoi de fesă, în aşa fel, că trăgând, partea capitonată cu vată să se aplice pe ischion, căpătâiele sunt înodate împreună formând ansa, care este fixată cu o sfoară de capul patului, asigurând astfel o foarte reuşită contra extenzie. (Fig. 1—2).

In serviciul nostru de chirurgie şi ortopedie din Spitalul de Copii şi anexă Spitalul Z. I. 335, au fost internaţi şi trataţi 1264 de răniţi dintre care 259 au fost cu fracturi deschise, 266 fracturi ale membrelor superioare şi 93 ale membrelor inferioare.

Nu am făcut nici o amputaţie deşi unele fracturi erau grav infectate cu stare generală rea, nu am avut nici o pseudartroză, deşi toate fracturile au fost tratate prin aparate gipsate, serviciul neposedând aparat de extenzie.

In puţine cazuri am fost silit să intervin tardiv pentru a face eschilectomie şi extracţia corpilor străini, restul s'a vindecat într'un interval de timp relativ scurt.

La toţi fracturaţi am instituit pe lângă imobilizare în aparat gipsat şi pansamente locale, şedinţe zilnice de unde ultra-scurte care ne-au ajutat foarte mult, făcând ca supuraţiunea să diminueze şi chiar să dispară în scurt timp, temperatura şi starea generală să se amelioreze repede, din 359 răniţi cu fracturi s'au vindecat 135, au fost evacuaţi 194 în alte spitale şi au mai rămas în tratamentul spitalului 30 de fracturi.

Imediat după consolidare răniţii au fost supuşi la un tratament fiziomecanoterapic care ne-a ajutat foarte mult la reluarea funcţiunei membrului, împiedecând anchilozele, atrofiile musculare şi redorile articulare.

Făcând parte din comisia pentru clasarea invalizilor, am văzut răniţi cu fracturi trataţi prin extenzie transosoasă, cari au rămas cu atrofii musculare, redori articulare şi chiar anchiloze pentu că după consolidare nu li s'a făcut nici un tratament de conva-

lescență, care este de mare importanță, ca să fie făcut din vreme, ceia ce dovedește că simpla extenzie nu împiedică atrofiile musculare și redorile articulare, ci trebuie să ne ocupăm de fracturați până la completa vindecare și reluarea normală a funcțiunei aparatului locomotor.

Intre formă și funcțiunea unui organ este o strânsă legătură. Forma organului fiind restabilită cu funcțiunea pierdută, nu are valoare pentru bolnavi pe când dacă forma nu este perfect restabilită, dar funcțiunea organului este aproape normală rezultatul este bun.

Concluziuni. Tratamentul fracturilor prin aparate gipsate este aplicabil ori unde și de ori ce medic, cu material ce se găsește la îndemâna tuturor.

Mulți medici nu știu să facă un bun aparat gipsat nu din cauza incapacității sau greutății construirei gipsului, ci fiindcă nu l-au învățat nici o dată sau nu au nici principii, nici reguli, nici formule precise pentru construirea aparatului gipsat.

In război aparatul gipsat este cel mai bun aparat de transport și poate fi și un bun aparat definitiv, dacă este corect aplicat; în unele cazuri fiind nevoie și de extenzie continuă aplicată pe gips.

Tratamentul plăgilor toracopulmonare și a complicațiilor lor după directivele profesorului Morelli *)

de Dr. M. NASTA

Conducta clasică în tratamentul plăgilor toracopulmonare, până la războiul din 1914 era caracterizată prin preocuparea de a închide plaga evitând pătrunderea aerului, expectativa sau, în caz de hemoragie gravă sau corp străin voluminos, intervenția, iar în caz de complicații tardive: hematom sau pleurezie purulentă, aspirația aerului, evacuarea sângelui sau a puroiului și în fine pleurotomia.

Inspirat de practica pneumotoracelui artificial în tratamentul tuberculozei, Profesorul *Morelli*, încă din 1911 a preconizat pentru tratamentul oricărei plăgi pulmonare, ca directivă dominantă punerea în repauz a plămânului și comprimarea lui prin aer. Această procedare a recomandat-o întâi în tratamentul pneumotoracelui spontan, urmărind prin compresiune închiderea fistulei pulmonare, iar în 1915 a aplicat-o pe o scară întinsă în tratamentul plăgilor de războiu. Aplicată pe mai multe sute de răniți pulmonari, metoda a dus la o scădere a mortalității de la 34, la 4 la 100, și aceasta într'un spital situat în imediata vecinătate a frontului; detaliul acesta e important, de oarece statisticele de mortalitate a plăgilor pulmonare variază cu depărtarea de linia focului, rănitii gravi în general sucombând înainte de a ajunge la spitalele din înapoia frontului.

Teama de a introduce aer în pleura rănitilor toracici era întemeiată pe convingerea că acest aer s'ar fi evacuat prin fistula pulmonară și mai ales pe aceia că, absorbit de vasele pulmonare deschise ar putea da naștere la embolii.

Practica a dovedit că aceste temeri nu erau justificate. O embolie prin aspirație, din partea venelor nu este posibilă de oarece în vasele pulmonare presiunea este în mod consant pozitivă. Dacă presiunea negativă ar putea avea o repercusiune asupra vaselor sanghine ale plămânului aceasta s'ar produce numai în primul moment al inspirației, dar aceasta ar avea drept consecință aspirația sângelui în alveole, iar nici decum pe aceia a aerului în vase.

Mecanica pulmonară este dominată de presiunea negativă din cavitatea pleurală, aceasta reprezentând baza metodei preconizate.

Presiunea negativă măsoară antagonismul dintre plămânul care se retractă în virtutea tensiunei sale elastice și a peretului toracic care se opune acestei retracțiuni; ea augmentează în inspirația rapidă, diminuă în expirație dar nu dispare niciodată. Plămânul prin puterea sa de retracțiune se comportă ca o enormă ventuză care acționează asupra întregei cavități pleurale. Când deschidem toracele unui cadavru sau practicăm o pleurotomie, asistăm la retracția plămânului și la formarea unui pneumotorace. Deasemenea în urma rupturilor pulmonare se formează un pneumo sau un hemotorace.

In cazul unei plăgi pulmonare, presiunea negativă endopleurală produce efectul său de ventuză asupra leziunei și aspiră sângele în cavitatea pleurală. Dacă la această acțiune fundamentală adăugăm mișcarea, căreia îi este supus viscerul la fiecare respirație, înțelegem imposibilitatea formări unui chiag și augmentarea progresivă a hemotoracelui.

Hemoragia va continua până la dispariția aspirațiunei endopleurale. Atunci, nu este mai logic ca în loc să așteptăm ca ventuza endopleurală să fie neutralizată prin fluxul de sânge, să o eliminăm din capul locului prin instituirea unui pneumotorace? In adevăr, pentru ca vidul endopleural să fie neutralizat prin sânge este nevoie de mai mulți litr de sânge; dacă însă cavitatea pleurală este plină cu aer sunt de ajuns de multe ori, numai câțiva centimetri cubi de sânge pentru a realiza o presiune suficientă ca să tamponeze plaga și să oprească hemoragia, afară bineînțeles de cazurile de rănire a vreunui trunchiu mare arterial, care ar putea fi oprită numai printr'o presiune atât de puternică încât ar fi incompatibilă cu echilibrul și funcțiunea organelor mediastinale.

In afară de acest beneficiu, de a putea comprima plămânul, oprind prin aceasta hemoragia, înainte ca pleura să se fi umplut cu o cantitate mare de sânge, se mai pune întrebarea dacă prin comprimarea plămânului datorită sângelui sau unui alt lichid, se poate asigura repauzul organului rănit în condițiunile cele mai favorabile. In adevăr, hemotoracele nu poate comprima în mod eficace plămânul decât dacă a atins un volum suficient pentru a deplasa mediastinul și diafragmul. Când plămânul este înconjurat de un pneumotorace, vidul produs de dilatarea inspiratorie a toracelui este umplut, nu de acest viscer, ci de aerul care-l înconjoară și care este înzestrat de o elasticitate superioară. Plămânul nu se va putea dilata decât atunci când aerul pneumotoracelui, rarefiat, va ajunge la o forță de aspirație superioară aceleia a plămânului colabat. Intr'un plămân colabat printr'o presiune pozitivă, chiar în timpul celor mai mari inspirații, orice forță de aspirație este cu desăvârșire abolită.

Nu tot astfel se petrec lucrurile în caz de revărsare lichidă sau hematică. Lichidul fiind incompresibil și nedilatabil nu va putea compensa deplasările respiratorii ale peretului toracic, care se vor repercuta asupra plămânului subjacent, afară de cazurile de revăr-

*) Redactat după cele două lecții făcute de Prof. *Morelli* în amfiteatrul Spitalului Militar «R. E». Articolul din Presse Médicale 20.-1928. Le traitement des blessures thoracopulmonaires et de leurs complications, și Volumul în limba italiană cu acelaș titlu.

In stări de extenuare, slăbiciune şi inapetenţă, precum şi în convalescenţă

TONICUM »Bayer«

Ameliorează tabloul sanguin tonifică sistemul nervos, măreşte forţa vitală şi sporeşte pofta de mâncare

Tonicum »Bayer« este luat cu plăcere de adulţi şi copii.

Flacon cu cca. 180 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanţa generală pentru România:

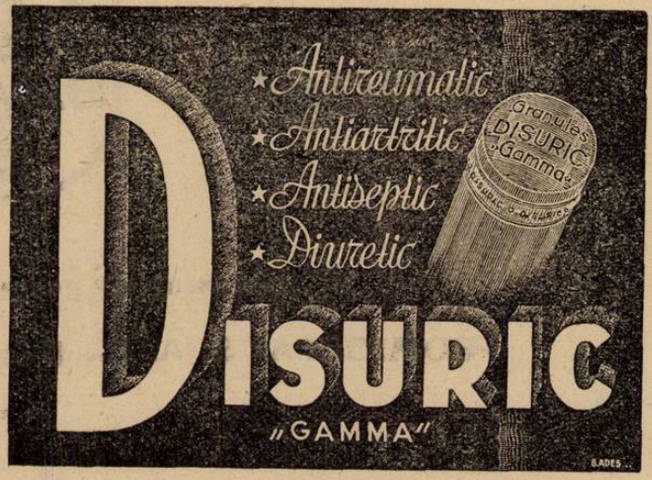
«ROMIGEFA» S. A. R., Bucureşti Str. Brezoianu Nr. 53

OVOCALCIUM

Gynofolin + Gluconat de calciu

Turburări de insuficiență ovariană, anovarii congenitale sau câștigate, menopauză precoce sau fiziologică

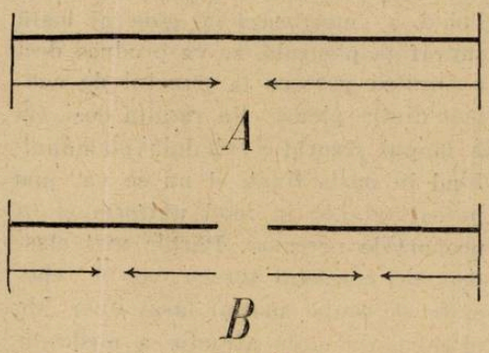
Cutii cu 6 fiole a 5 cc. pentru injecții intramusculare, o fiolă la 2 zile.
Flacoane cu 35 de comprimate a 0,35 gr. pentru uzul intern, 3 pe zi.



Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, București IV. Tel.: 5.51.51

sări mari care determină deplasarea mediastinului şi a diafragmului.

Revărsările chiar abundente, nu comprimă deci total plămânul, de oarece acesta continuă să respire şi cum nu se poate concepe o respiraţie fără presiune negativă, rezultă că o revărsare chiar abundentă care dă o presiune pozitivă în expiraţie, permite



— Fig. 1 —

totuşi formarea unei presiuni negative şi mişcarea plămânului în timpul inspiraţiei.

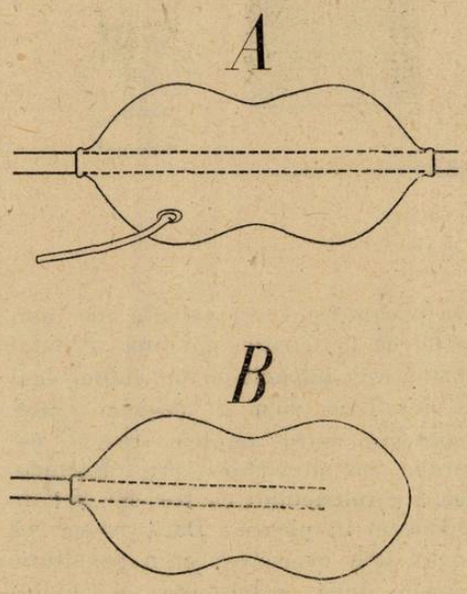
Dar, se va obiecta, lichidul totuşi exercită o compresiune puternică asupra plămânului, dovadă că atunci când se face o puncţie, lichidul iese cu presiune pe ac. Această puncţie însă nu măsoară, atunci când e făcută în partea declivă, decât presiunea hidrostatică a lichidului, iar nu pe cea exercitată asupra plămânului, care se află sau lipit de mediastin, sau ridicat în partea supertoară a cavităţei pleurale. Scurgerea lichidului, de altfel la un moment dat se opreşte şi nu reîncepe decât după ce, în urma unei inspiraţii, va intra aer în pleură. Deasemenea dacă facem puncţii la nivele deosebite, vedem că presiunea lichidului e pozitivă jos, dar mai slabă, şi chiar negativă sus. S'a dovedit de altfel că, numai cantităţile de sânge mai mari ca 2 litri pot comprima cu adevărat plămânul. Cantităţile mai mici determină retracţia lui, dar nu elimină în mod absolut presiunea negativă şi traumatismul respirator al plămânului.

Acest fapt este de cea mai mare importanţă. Ţesutul pulmonar lezat, tinde, prin tensiunea lui elastică permanentă şi funcţională să mărească leziunea şi aceasta mai ales când rana este întreţinută de un proectil închistat în viscer.

Mulţi răniţi se vindecă fără nici un tratament, de oarece prin fistula pulmonară s'a produs un pneumotorace spontan ignorat. Dacă rănitul are norocul să aibă un pneumotorace abundent, acesta va menţine rana închisă tot timpul necesar vindecării. Iar dacă pneumotoracele este insuficient, va fi deajuns un hemotorace chiar neînsemnat sau o revărsare pleurală, pentru a-i mări eficacitatea.

Tratamentul rănilor toracopulmonare va trebui deci să se bazeze în primul rând pe aplicarea pneumotoracelui. In spitalul condus de Prof. *Morelli* în timpul războiului nu s'a înregistrat nici o moarte prin hemoragie, aceasta survine numai în primele ore, după acestea pneumotoracele realizează o hemostază întotdeauna suficientă.

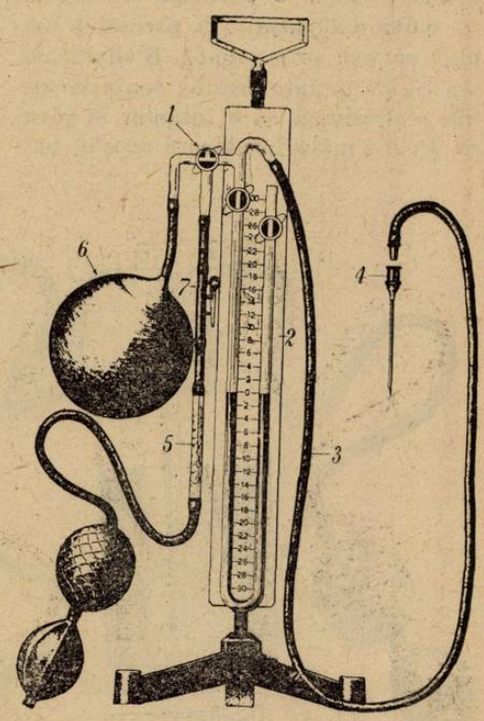
Simpla rănire a plămânului provocată de proectile mici se vindecă cu un pneumotorace întreţinut câteva zile. Dacă avem norocul să asistăm precoce pe rănit şi nu avem la îndemână un aparat de pneumotorace artificial, ceiace va fi mereu cazul în primele linii, va fi deajuns să depărtăm buzele plăgii cu o pensă şi să învităm rănitul să facă una sau mai multe inspiraţii profunde; se va forma astfel un pneumotorace spontan suficient pentru a împedica formarea unui hemotorace şi



— Fig. 2 —

a evita astfel pericolul hemoragiei. Tusea trebue calmată prin opiacee pentru a preveni ieşirea aerului prin plagă şi formarea emfizemului subcutanat. Dealtfel este suficient ca în primele ore să ne mulţumim cu presiunea atmosferică sau presiuni slab negative, evitând pe cele pozitive.

Dacă plaga toracică este deschisă, retracţunea plămânului este în general totală şi numai raeori se produce un hemotorace, de oarece presiunea atmosferică este suficientă pentru a-l preveni. Dacă însă hemoragia se datoreşte leziunei unui vas mai mare sau dacă din cauza unor aderenţe parţiale, plămânul nu este complet colabat, se poate ca presiunea atmosferică să nu mai fie suficientă pentru a asigura compresiunea şi a opri hemoragia, în acest caz după închiderea plăgei vom căuta să instituim un pneumotorace în presiune pozitivă.

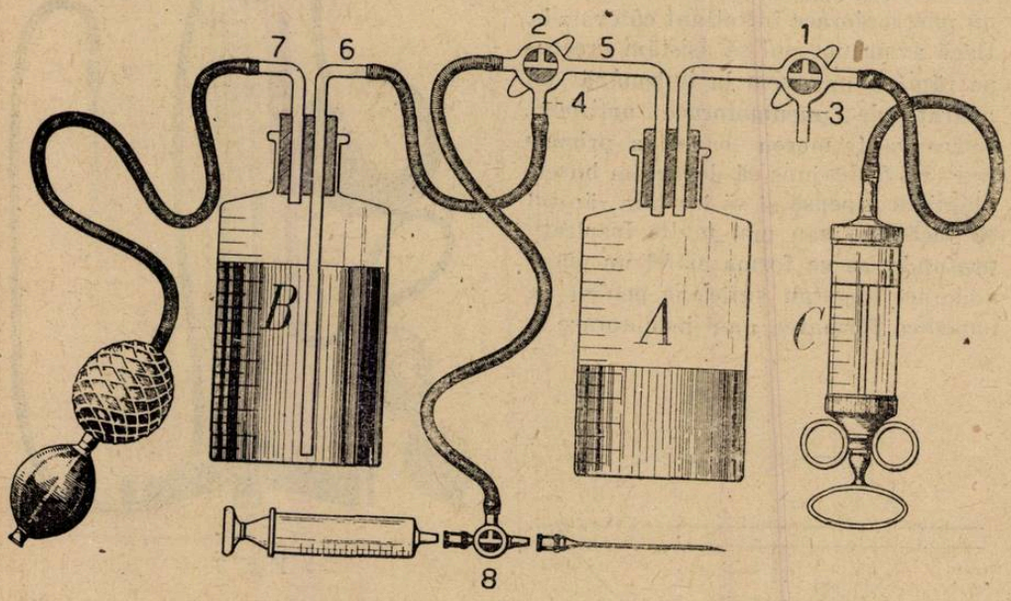


— Fig. 3 —

Inchiderea plăgei este comandată şi de necesitatea de a suprima cât mai curând şi mai complet traumatopnea, datorită pătrunderei şi ieşirei printr'o deschidere largă a aerului, în şi din cavitatea pleurală, prin mecanisme asupra cărora vom reveni, şi care nu mai au loc de îndată ce pneumotoracele din larg deschis s'a transformat în închis. Pentru aceasta însă oclusiunea trebue să fie, pe cât posibil hermetică, şi metoda chirurgicală singură nu este suficientă pentru a obţne o asemenei închidere, presiunile pozitive pe care uneori suntem nuvoiţi a le obţine determinând ieşirea aerului şi producerea emfizemului subcutanat. Această ocluziune perfectă se poate obţine cu balonaşele de cauciuc în formă de clepsidră (fig. 2 B) imaginate de Profesorul *Morelli* şi care introduse în plagă şi apoi umflate cu aer asigură o ocluziune hermetică, permiţând realizarea de presiuni pozitive. Inchiderea plăgei prin această metodă mai are şi marele avantagiu de a suprima cu totul traumatopnea.

In vederea instituirei uşoare a pneumotoracelui. Profesorul *Morelli*, a

imaginat un aparat care nu numai că este uşor transportabil (fig. 3) dar asigură şi instituirea cu minimul de riscuri. Introducerea aerului se face în mod obicinuit, atât timp cât există presiuni negative, numai prin aspirarea aerului care se află la presiune atmosferică în balonaşul 6. In cazul când vrem să-l introducem sub presiune, aceasta o realizăm strângând cu mâna balonaşul (în prealabil umplut cu aer prin pompa Richardson) aşa că avem întotdeauna senzaţia tactilă a presiunei ce o întânim în pleură. Prin simpla încetare a acestei presiuni, aerul din pleură, dacă este în hyperpresiune se poate reîntoarce în balon, echilibrul restabilindu-se în mod automatic şi instantaneu, pe când în celelalte aparate trebue, în caz de alarmă, să extragem aerul prin aspiraţie, ceiace determină o întârziere care în unele cazuri poate avea consecinţe grave.



— Fig. 4 —

Complicaţiile cele mai grave ale plăgilor pulmonare sunt hemotoracele şi exudatul pleural care-l însoţesc în mod constant.

In general se mai admite încă principiul de a lăsa sângele în cavitatea pleurală de oarece s'a constatat în mod curent că evacuarea lui favorizează hemoragia. Constatarea e justă, dar deducţiunile terapeutice sunt eronate. Prezenţa sângelui în cavitatea toracică este vătămătoare din mai multe puncte de vedere şi poate determina apariţia unui empiem sau a unei pleurezii reacţionale. Trebue deci găsit mijlocul de a evacua revărsarea, fără a redeschide plaga pulmonară. Această redeschidere a plăgei ar fi foarte periculoasă de oarece ar risca să infecteze revărsarea seroasă sau sanghină care în primul timp ar fi putut să rămână sterilă.

Pentru a preveni acest pericol este suficient de a substitui sângelui, aer, se reunesc astfel avantagiile unei compresiuni elastice a plămânului cu eliminarea unui lichid vătămător. Aparatul reprezentat în figura 4 corespunde acestui scop.

Punând pleura în legătură cu flaconul A şi făcând o aspiraţie cu siringa C. extragem o cantitate de lichid echivalentă cu capacitatea siringii, împingând apoi pistonul introducem în pleură o cantitate echivalentă de aer, astfel că la fiecare manevră lichidul extras este înlocuit cu un volum egal de aer. Dacă voim să obţinem o presiune mai mare, umplem siringa aspirând aer atmosferic prin deschiderea 3 a robinetului cu trei căi, şi-l introducem în pleură. Dacă vrem să completăm evacuarea cu o spălătură, punem, după extragerea exudatului, pleura în legătură cu flaconul B, în care avem lichidul spălător. Putem astfel după nevoie, să extragem lichid, să introducem aer, să facem o spălătură, cu o manevră din cele mai simple.

Aparatul, imaginat în timpul războiului serveşte astăzi în mod curent pentru toracenteză în pleurezia exudativă. Profesorul *Morelli* are convingerea că expectativa până la rezorbţia spontană a lichidului este o eroare, după cum şi evacuarea totală a lichidului fără substituire de aer este periculoasă. In prezenţa unei pleurezii exsudative, ceiace ne preocupă nu este de a şti dacă bolnavul se va vindeca, dar care va fi modul şi tipul vindecărei.

Există o mare deosebire între starea plmânului într'un hydrotorace simplu şi un hydropneumotorace. In hydrotoracele simplu, plămânul se contractă spre partea superioară a cavităţei toracice şi în acest punct foiţele pleurale păstrează contactul între ele. Procesul inflamator însă nu e limitat la lichid, ci interesează în general toată suprafaţa pleurală, se va produce deci o simfiză precoce la punctul de contact dintre pleure. Va rezulta deci, că, în timpul rezorbţiei lichidului plămânul fiind în parte fixat, el nu se va mai putea radilata în mod uniform şi în proporţiile necesare. Părţile mai elastice ale peretelui toracic vor fi chemate să ocupe spaţiul lăsat liber de plămân, de unde atracţie a mediastinului, depresiune a peretelui toracic, ridicare şi deformare a diafragmului. Iar după vindecare, plămânul va regăsi un echilibru cu totul deosebit de starea lui normală, va prezenta atelectazii parţiale şi stenoze ale căilor bronchice, deci o insuficienţă de aeraţie alveolară. El va avea toate caracterele plămânului ftizic; dacă un proces tuberculos va lua naştere, el va găsi plămânul în cele mai bune condiţiuni pentru a evolua.

Cu totul diferite sunt condiţiunile în cazul unui hydropneumotorace. Gazul se ridică deasupra lichidului şi foiţele pleurei rămân separate. In perioada de vindecare plămânul se va putea dilata în mod uniform şi în proporţii suficiente, fără ca diformaţiunile parietale sau mediastinale să fie obligate de a interveni pentru a completa spaţiul ocupat mai înainte de lichid. După vindecare, plămânul va rămâne în dilatare, ceiace însemnează permeabilitate a bronchiilor şi bună aeraţie alveolară.

E drept că în unele cazuri, după vindecare se poate constitui şi după un hydropneumotorace o simfiză pleurală, în acest caz însă, plămânul fiind în stare de dilatare, alveolele sunt bine aerate, bronchiile sunt permeabile pentru aer, tractiunea parietală va fi deci foarte puţin traumatizantă.

La toate acestea se mai adaugă şi avantagiul că, pe când într'un hydrotorace nu putem extrage decât o cantitate limitată de lichid, pentru a nu expune plămânul traumatismului exercitat de aspiraţia parietală, dacă substituim lichidului extras, aer, acesta

Crinofolin

HORMON FOLICULAR OVARIAN
FIOLE A 1000—5000—10.000 U. — DRAGELE A 1000 U.

Calcifolin

HORMON FOLICULAR OVARIAN 100 U.
GLUCONAT ŞI LACTAT DE CALCIUM
FIOLE - DRAGELE

Menofolin

HORMON FOLICULAR OVARIAN 250 U.
LACTAT DE CALCIU + POLYBROMURĂ
DRAGELE

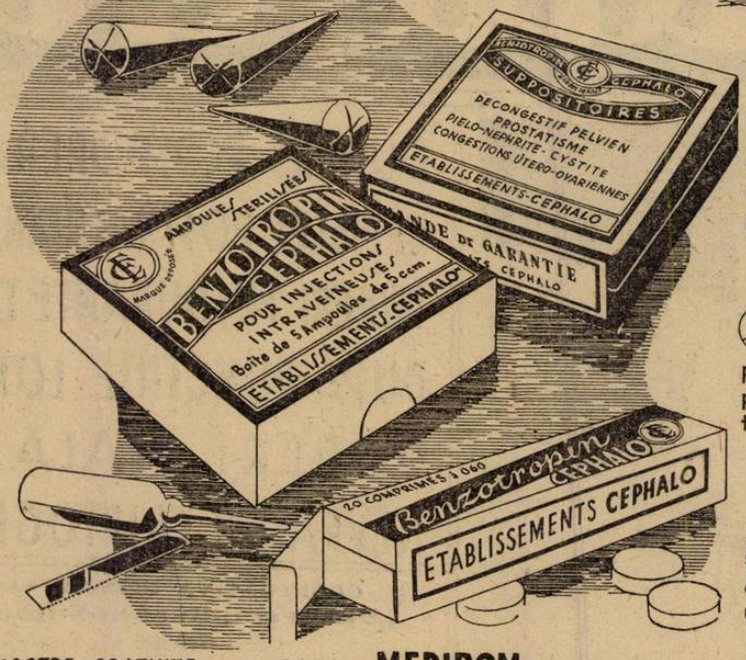
Cooperativa Uzinelor Sanitare „Paulescu-Gerota-Şumuleanu“ Calea Griviţei 67, Tel. 4.98.08

Antalgine

DURERI POSTOPERATORII
CEFALEE POSTRACHIANESTEZICE
DURERI FULGURANTE TABETICE
DUPĂ PUNCŢIILE LOMBARE
DURERI TALAMICE
NEVRALGII CRIPTOGENETICE

COOPERATIVA UZINELE SANITARE
„Paulescu-Gerota-Şumuleanu“
Calea Griviţei 67. Telef. 4.98.08

BENZOTROPIN CEPHALO



FIOLE

Indicat în afecţiuni colibacilare, infecţiuni ale căilor urinare şi biliare precum şi în septicemii.

SUPOZITOARE

Indicat în afecţiunile prostatei, congestiuni prostato - vesiculare, uretrite, cistite, pielo-nefrite.

TABLETE

Asociaţie cu efect sigur dând urinei reacţie acidă. Indicat în afecţiunile urinare şi biliare.

MOSTRE GRATUITE LA CERERE **MEDIROM** S.A.R. STR. OLARI 23 BUCUREŞTI IV – TEL. 2.39-46

Digitalis purpurea

VERODIGEN

Toleranță bună, acțiune rapidă, fără acumulare periculoasă, foarte economic prin dozajul scoborât.

DOZAJ:

de 3 ori pe zi $^1/_2$ comprimată, după trei zile de 2 ori pe zi $^1/_2$ comprimată până la compensarea deplină. Pentru tratamentul de întreținere $^1/_4$—$^1/_2$ comprimată = 2—4 *granule zilnic.*

In staze hepatice și gastrice etc. 1—2 supozitoare pe zi.

FORME DE PREZENTARE:

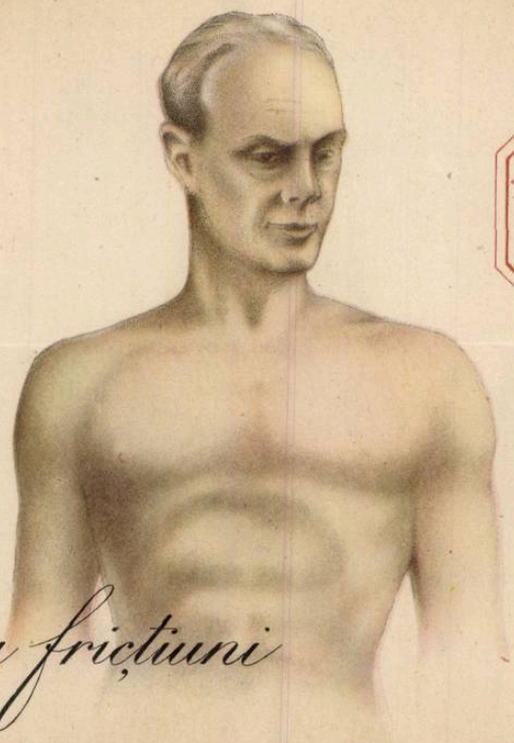
Tuburi originale cu 12 și 25 comprimate, cutii originale cu 5 supozitoare și flacoane originale cu 200 granule.

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof.

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu Nr. 6.

OFFSET CARTEA ROMANEASCĂ



Pentru fricțiuni

ANERTAN-OEL

Tratamentul fără injecții cu cel mai activ hormon testicular cunoscut până acum. „In ultimul timp se întrebuințează aplicația **percutanată (Anertan-Oel)** care este în parte superioară tratamentului subcutanat". M. M. W. 1941/ 4.: 104.

INDICAȚIUNI: **Deficiență funcțională, fizică, psihică și sexuală. Neurastenia, Turburările potenței, Prostatism incipient, Circulația periferică defectuoasă, Prurit anal și vulvar, Mastopatie și acnee juvenilă.**

ÎNTREBUINȚARE: Fricțiuni dimineața și seara cu 10–20 picături pe regiunile neacoperite de păr și degrasate în prealabil. Un masaj ulterior cu alcool sau apă de colonie întărește acțiunea.

1. Flacon = 10 cmc = 50 mgr. propionat de testosteron = 400 picături.

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof.

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu Nr. 6

BARTH

OFFSET CARTEA ROMANEASCĂ

se interpune între atracţia parietală şi plămân, şi putem astfel, extrage, fără nici un inconvenient tot lichidul.

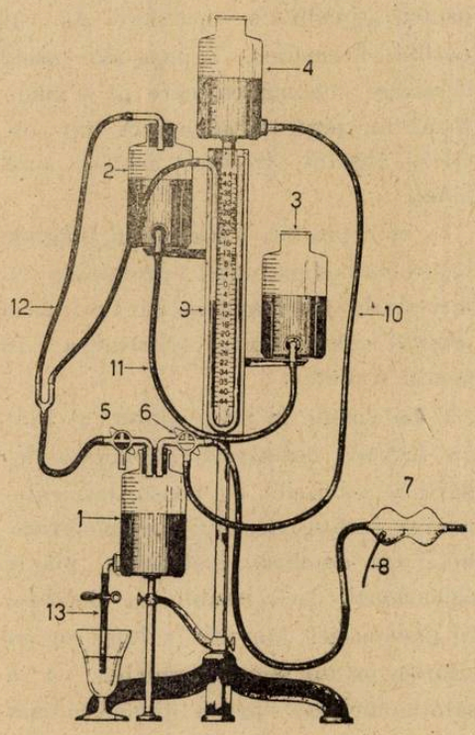
In afară de aceasta, prin separarea celor două pleure chiar şi în teritoriul care nu e scăldat în lichid, evităm traumatismul datorit fiecărei pleure atât de vătămător într'un proces inflamator, suprimând prin aceasta şi durerea, care încetează imediat.

Pentru a reveni la celelalte complicaţii ale plăgilor toracopulmonare trebue să insistăm, cum s'a mai spus, că sângele se poate uşor infecta şi că chiagurile pot fi cauză de reacţiuni pleurale, de aceia se recomandă spălarea pleurei după puncţia evacuatoare. Reacţiile care au fost atribuite spălăturilor în realitate sunt datorite unei technici defectuoase. Dacă spălătura se face în prezenţa unui pneumotorace cu presiuni pozitive, nici lichidul, nici aerul nu vor pătrunde prin fistula pulmonară, în caz când aceasta există. Cu aparatul Morelli, spălătura poate foarte uşor completa evacuarea lichidului şi introducerea aerului. Cu acest aparat s'a făcut pe o scară întinsă tratamentul prin spălături a empiemelor tuberculoase ale pneumotoracelui, obţinând în mod constant, când nu exista fistulă pulmonară, vindecare cu păstrarea integrităţii pleurale.

Uneori, cu toate spălăturile, poate să apară un empiem în urma rănilor pulmonare şi aceasta se produce mai întotdeauna în plăgile pulmonare larg deschide. Tratamenul acestei grave complicaţii se bazează pe următoarea idee fundamentală: vindecarea nu poate fi obţinută dacă puroiul nu este cu desăvârşire şi continuu evacuat şi dacă plămânul nu este în stare să reocupe toată cavitatea pleurală în condiţiuni normale. Aparatul imaginat de Prof. *Morelli* (fig. 5 permite: a) ocluzia completă a orificiului de drenaj, care se face prin tubul ce trece prin interiorul săculeţului de cauciuc, (Fig. 2, A), b) aspiraţia continuă prin denivelarea dintre cele două baloane 2 şi 3, astfel că puroiul este în permanenţă evacuat în balonul 1, iar plămânul prin această continuă forţă de aspiraţie este dilatat şi obligat să umple toată cavitatea pleurală, c) în fine prin stabilirea comunicaţiei cu balonul 4, se poate face spălătura pleurală.

In afară de empiemele, complicând plăgile pulmonare, aparatul serveşte în mod constant la tratamentul empiemelor banale, şi e rar ca în cel mult trei săptămâni să nu se obţină completa reexpansiune a plămânului.

In ceiace priveşte extragerea proectilelor intrapulmonare, Prof. *Morelli* crede că intervenţia făcută cu scopul de a preveni formarea ulterioară a



— Fig. 5 —

abceselor pulmonare trebue să rămână cu totul excepţională. In general, instituirea pneumotoracelui este suficientă pentru a preveni această gravă complicaţie. Pe de altă parte, cum foarte multe din empieme au ca origină infecţia plecată de a la focarele pneumonice şi bronchopneumonice intrapulmonare, pneumotoracele evitând formarea acestora va avea indirect şi o acţiune de diminuare a frecvenţei empiemelor.

In numeroase cazuri astfel tratate se văd pe filmul radiografic proectile încistate în plămâni, perfect tolerate. In puţinele cazuri trei în total, în care s'au format abcese pulmonare, era vorba de pneumotorace incomplete ceiace dovedeşte că aderenţele, care preexistau, erau cauza, iar nu consecinţa abcesului.

Trebue reţinut faptul că dealungul plăgei pulmonare se formează o coardă cicatricială care fixează la perete ţesutul care înconjură proectilul. Astfel fiecae dilatare inspiratorie traumatizează punctul lezat favorizând hemoragia şi infecţia. Pneumotoracele din potrivă, ţinând pleurele depărtate împiedică astfel formarea aderenţelor şi elimină repercus unea nocivă a traumatismului respirator asupra punctului lezat.

In rezumat deci, şi contrariu ideilor preconcepute, pneumotoracele departe de a fi un element de agravare al plăgilor toracopulmonare, ameliorează din toate punctele de vedere pronosticul acestora. Punând plămânul în stare de repauz, sustrăgându-l traumatismului respirator, favorizează închiderea şi vindecarea plăgei pulmonare, evitând infecţia ei, iar prin suprimarea aspiraţiei endopleurale şi, la nevoie, prin compresiunea exercitată în mod uniform, pe tot plămânul, asigură hemostaza, în condiţiuni mult superioare hemotoracelui, care nu suprimă nici traumatismul respirator şi nu asigură o compresiune, şi aceasta numai limitată la anumite părţi ale plămânului, decât prin cantităţi mari de sânge.

Pericolul şi inconvenientele pneumotoracelui sunt mult supraestimate, sau mai bine zis i se atribue inconveniente care în realitate sunt datorite la condiţii ce uneori îl însoţesc, iar nu faptului în sine a prezenţii aerului într'o pleură închisă, care este condiţia proprie pneumotoracelui şi starea pe care o urmăreşte metoda Profesorului *Morelli*.

Astfel, experienţa a arătat că stările de asfixie ce însoţesc pneumotoracele spontan prin perforaţia pulmonară, nu se produc decât atunci când există o ruptură a plămânului, în general tuberculos, când hyperpresiunile excesive sunt datorite unei perforaţii în supapă şi mai ales atunci când plămânul controlateral prezintă prin bilateralizarea întinsă a procesului tuberculos, o importantă reducere a capacităţei sale respiratorii, astfel că chiar o neînsemnată reducere a acesteia determină asfixia, într'un organism cu o capacitate respiratorie ce se menţinea la limita compatibilă cu viaţa.

Pneumotoracele spontan, aşa zis idiopatic, de atâtea ori se produce fără simtome sau cu simptome minime, fiind perfect suportat, încât adesea suntem surprinşi de a găsi la radioscopie, o colabare completă a plămânului fără cea mai mică, sau numai cu o minimă jenă respiratorie.

Deasemenea, din practica pneumotoracelui terapeutic se cunoaşte marea deosebire care există între toleranţa faţă de perforaţiile pulmonare, în cazurile de pneumotorace, sau de leziuni unilaterale, şi gravitatea acestora în cazuri de leziuni sau de Pn. A. bilaterale. In primul caz asemenea perforaţii aproape că nu sunt semnalate, dovadă că chiar dacă se produc, trec neobservate sau în orice caz sunt decelate numai prin semne obiective, ca o colabare disproporţionată cu cantitatea de aer insuflat sau o creştere a presiunei, fără a determina semne subiective, pe când în al doilea caz sunt de o frecvenţă destul de mare şi însoţite de turburări funcţionale importante.

Cu totul altfel se produc lucrurile când există un torace deschis la exterior prin plagă sau pleurotomie largă. In acest caz traumatopnea, cu drept cuvânt atât de temută de chirurgi şi care-i determină să caute a realiza închiderea cât mai completă a plăgei sau reducerea la minimum a pleurotomiei, nu se datoreşte prezenţei aerului în cavitatea pleurală şi a presiunei atmosferice ce se stabileşte în ea, ci pătrunderei şi ieşirei libere a aerului prin plagă în timpul actului respirator. Pe când într'un pneumotorace închis, totuşi mai există o forţă de atracţie ce se exercită asupra plămânului, suficientă pentru a-l menţine într'o oare care stabilitate şi a se opune deplasărei prin aspiraţie şi respingere a mediastinului, din partea plămânului controlateral, în caz de pneumotorace deschis acest element stabilizator lipseşte. Mobilizarea mediastinului poate ajunge extremă, plămânul, când aspirat când refulat, realizează adevărate hernii spre hemitoracele opus producându-se acea bine cunoscută şi temută traumatopnee. La aceasta se mai adaogă, după Prof. *Morelli* şi un alt fenomen. In momentul inspiraţiei aerul atmosferic urmând calea celei mai mici rezistenţe, în loc de a pătrunde pe orificiul glotic, de diametru mai redus şi mai greu permeabil, este aspirat şi pătrunde, năvăleşte am putea spune, prin plaga larg deschisă în cavitatea pleurală, augmentată în momentul inspiraţiei de deplasarea mediastinului spre partea opusă. Astfel cantitatea de aer, ce ar urma să pătrundă în plămânul rămas indemn este mult redusă, de unde fenomenul de asfixie.

De aceia, de acord cu tradiţia clasică, Prof. *Morelli*, nu numai recomandă oclusiunea plăgilor dar chiar pentru a realiza o închidere pe cât posibil hermetică, a imaginat acele clepsidre pneumatice, care prin adaptarea lor perfectă să opună un obstacol absolut trecerei aerului prin plagă.

In mod practic, tratamentul plăgilor toracopulmonare după principiile şi directivele recomandate de Profesorul *Morelli* s'ar putea schematiza în modul următor:

1. **La postul de prim ajutor.** a) Plagă închisă: desinfecţie a plăgei, depărtare a buzelor cu pensa, inspiraţie pentru instituirea unui pneumotorace. b) Plagă deschisă: închiderea plăgei chirurgical, dacă posibil, cu clepsidere pneumatică Morelli, în lipsă cu un tampon de tip Miculicz imbibat cu o soluţie uleioasă spre a împiedica mai bine ieşirea aerului, sau cu un deget de mănuşe steril umplut cu vată sau tifon.

II. **La spitalul de campanie.** Intreţinerea pneumotoracelui cu aparatul Morelli, Kuss sau alt tip, chiar improvizat, eventual cu siringa, presiunea controlându-se cu un manometru cu apă. In caz de hemotorace cu cantitate mare de sânge, extragerea sângelui şi înlocuirea lui cu aer. (In lipsa aparatului Morelli un aparat Potain (sterilizat) căruia i s'a suprimat racordul de cauciuc care ajunge în fundul aparatului poate face acelaş serviciu). In caz de persistenţă a sângelui după un timp mai lung, spălătură pleurală.

III. **Spitale de zonă interioară.** Aceleaşi indicaţii pentru formele de mai sus. In caz de empiem se vor încerca întâiu punctiile evacuatoare urmate de spălături, apoi se va recurge la pleurotomie cu obliterarea orificiului prin clepsidra de drenaj Morelli, şi spălăturilor li se va asocia aspiraţia continuă pentru evacuarea puroiului şi reexpansiunea plămânului.

BIBLIOGRAFII

Igiena sporturilor: de Dr. Radu Olinescu Profesor de Igienă la Academia Naţională, de Educaţie Fizica—Bucureşti—1942.

Redăm o parte din prefaţa volumului d-lui Dr. Radu Olinescu, pentru a face cunoscut cititorilor noştri această interesantă lucrare.

«Una din recentele preocupări de căpetenie ale statelor a fost punerea în valoare a capitalului uman.

Această preocupare nu a fost numai de ordin numeric, ci şi eugenic pentru a se asigura calitatea şi cât mai mult omogenitatea acestui capital. Zguduitoarele evenimente din ultimul timp apar ca o vie mărturie a justeţei acestui fel de a vedea.

Ele îndreptăţesc şi năzuinţele de a da acestui capital un caracter dinamic.

Intr'adevăr, transformarea în partea a doua a secolului al XIX-lea al caracterului agricol al multor state în acel orăşenesc cu inconvenientele marilor centre industriale, au impus nu numai o minuţioasă igienă industrială, care să asigure capitalului uman o viaţă sănătoasă, dar şi educarea lor fizică.

Educaţia fizică şi sportul, preocupări mai mult a statelor nordice ale Europei şi a rasei anglo-saxone, au fost adoptate cu mult entuziasm, după războiul mondial, de ţările revoluţionare: Germania şi Italia.

Acolo au luat fiinţă — de altfel şi în restul Europei — organizaţiuni de educaţie fizică cari au căutat să înregimenteze pe toţi copiii şi adolescenţii (Balilla, Hitlerjugend etc.) şi de sporturi, în cari să intre cât mai mult tineret.

Această extindere a educaţiei fizice şi a sporturilor ca un factor igienic nu a fost necesară numai pentru individul dela oraş, ci şi pentru acela dela sate pentru a i se insufla mai mai mult dinamism.

Insă această extindere de aşa de mari proporţii şi a educaţiei fizice şi a sporturlor nu putea să nu prezinte oarecare inconveniente interioare, astfel că se impunea o supraveghere igienică a lor.

Dacă activitatea educaţiei fizice se încadrează în sfera de acţiune a igienei şcolare (cu atâtea mari probleme cari la noi abia se schiţează), activitatea sportivă — pentru a înlătura inconvenientele inerente unui mare efort fizic — a trebuit să se supună unei discipline igienice: personal bine pregătit, selecţionarea şi controlul sănătăţii tinerilor, medicul asociaţiune sportive, salubritatea instalaţiilor, etc. Deci o igienă a sporturilor».

SULFAMIDA CU TOLERANȚA OPTIMA

SULFORONIN

Dr. WANDER

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree — Pneumonie — Meningită — Strepto — Stafilococie

Tuburi cu 24 tablete a 0,5 gr.

Asociația nouă de cărbune

CARBOWANDER

TABLETE

Cărbune vegetal
Sulf
Senna
Choleinat de Sodiu
Atropină metilbrom.
Uleiuri eterice

ABSORBANT, — DESINFECTANT INTESTINAL — LAXATIV

CU EFECT ANTISPASMODIC ȘI COLAGOG

Menajează ficatul în afecțiunile tubului digestiv grație efectului său colagog

---

Mostre și literatură trimite la cerere:
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice și dietet ce, București VI, Str. Cazărmei 89.

Câteva cunoştinţe necesare pentru îngrijirea raţională a unei fracturi

Dr. ION JUVARA
Asistent al Clinicei Chirurgicale şi Urologie

Atât forma exterioară, cât mai ales structura internă a oaselor este dependentă în mare măsură de funcţie (*W. Roux* — structura funcţională).

Modificările de structură a oaselor sunt create de forţele de presiune şi tracţiune orientate pe anumiţi stâlpi de încărcare dispuşi după reguli matematice precise.

Şi dacă în osificarea normală *Julius Wolff, Culmann* şi mai târziu *Braus* sunt în întregime de acord să admită structura funcţională ca bază de rezistenţă a caselor, cu atât mai mult în procesele patologice va trebui să se ţină seama întotdeauna de adaptarea segmentului lezat la viitoarea funcţie şi prin urmare vindecarea să fie supusă încă dela început condiţiilor mecanice pe care va trebui să le rezolve.

Pornind dela acest principiu, *Roux, Julius Wolff* încă din secolul trecut au întrezărit aplicarea lui practică spunând că atât chirurgia, cât mai ales orthopedia se vor transforma cu vremea într'o chirurgie şi ortopedie funcţională.

In structura oaselor este realizat principiul, aplicat în inginerie, de maximum de rezistenţă cu minimum de material. In privinţa aceasta studiile lui *Culmann* la os au verificat adevărul că liniile de tracţiune şi presiune dintr'un stâlp plin descompuse pot forma două traectorii principale, care sunt suficiente rezistenţei stâlpului, cu alte cuvinte că dacă s'ar construi un corp cu stâlpi de rezistenţă în direcţia liniilor de presiune şi tractune, forţele de forfecare n'ar exista şi că un asemenea corp va putea suporta o încărcare ca şi cum ar fi plin, de unde explicarea structurii tubulare a oaselor.

Un segment osos supus la solicitări mecanice diferite staticei lui de până atunci, are posibilitatea să-şi adapte structura la noua funcţie ce are de îndeplinit. Această adaptare se săvârşeşte prin crearea de noi lamele osoase în punctele de solicitare maximă şi distrugerea celor ce nu mai primesc nici o încărcare.

Roux denumea acest fenomen «excitaţia trofică a funcţiei», iar *John Hunter* vorbind de această resorbţie modelantă spune: «La mutation continuelle de la matière est le grand et merveilleux ressort du développement des os». Acest lucru s'a observat şi în fracturile vicios consolidate, sau în anchiloze unde, din cauza forţelor mecanice diferite de normal s'au produs modificări importante de structură drept adoptare la noua funcţie.

«Die Natur hat also mit dem Bau des Knochens so zu sagen ein mathematisches Problem gelöst und ein wunderbare Bestetigung der Zug und Drucklinien gegefen». (*Julius Wolff*).

Influenţa factorilor mecanici în procesul regenerativ al oaselor a fost studiată pe larg de către *Krompecher* şi *Sandor Pernyes*.

Ei au stabilit că creşterea regenerativă a unui os supus la presiune va fi chondrală, legătura cartilaginoasă între cele două segmente putându-se constata chiar macroscopic. Linia de cartilagiu dela nivelul calusului (epifizogenetică) generatoare de os se aseamănă întru totul cartilajului de osificare din perioada embrionară, deosebindu-se doar prin faptul că nu este lineară, ci neregulată.

Aşezarea statică a calusului chondral se prezintă întru totul asemănător osificării chondrale normale, adică presiunea este transmisă osului de stratul cartilaginos prin nişte grinzi de susţinere înconjurate de substanţă osoasă în zona de os tânăr. Grinzile conţin numeroase nişe şi zimţi, care fac alunecarea imposibilă şi în interiorul cărora se găsesc celulele oscase. Prin activitatea celulelor noi porţiuni din grinzi sunt liberate, mărindu-se astfel rezistenţa la presiune şi în sens lateral. Presiunea dintr'un focar de fractură nu trebue să fie mare, e suficientă uneori greutatea segmentului suprajacent şi mai ales acţiunea sinergetică dintre flexori şi extensori.

Tot experimental s'a dovedit că tracţiunea dă naştere unui calus desmal (conjunctiv) extrem de rezistent la tracţiune, dar numai în direcţia orientării fibrelor conjonctive, calus ce suportă prost presiunea. In această formă de calus ţesutul conjonctiv este înglobat osului sub formă de fascicole, de unde forma voluminoasă pe care o ia această varietate a procesului regenerativ.

Comparând sistemele statice de presiune şi tracţiune constatăm o asemănare foarte mare în construcţia lor principală şi într'un caz şi în celălalt se găseşte un ţesut de preformaţie influenţat în direcţii diferite de factorii mecanici — tracţiune sau presiune. In amândouă procesele pornesc dela nivelul focarului regenerativ coloane de întărire — stâlpi cartilaginoşi în osificarea chondrală — fascicole conjonctive în cea desmală. Acestea au destinaţia să transmită influenţele mecanice straturilor imediat următoare, astfel încât regiunile învecinate traectoriilor lor să fie descărcate complet de orice sarcină, rămânând astfel din punct de vedere mecanic neutre.

In ambele osificări, stâlpii de rezistenţă sunt inclavaţi sistemului osos, făcând un tot.

In procesul regenerativ al fracturilor multifragmentare rămân mici porţiuni în care nu se exercită nici o influenţă mecanică (mecanic neutre) şi unde osificarea se face pe baza ţesutului mezenhimatos (proces de osificare angiogenă primară).

Krompecher demonstrează astfel experimental teza lui *Roux, Wolff* şi *Braus* — factorii mecanici ca elemente determinante ale structurii funcţionale.

Pseudoarthroza este explicată de el ca fiind datorită mişcărilor de lateralitate repetate, precum şi tracţiunii prea mari. Factorii mecanici, prin modificările de structură ce pot creia, pot transforma un calus desmal în calus de presiune, atunci când forţa de presiune este aplicată în prima fază a procesului regenerativ.

Legile biologice controlate de *Krompecher*, verificate experimental de *Pernyes* au stabilit următoarele concluzii de ordin practic:

1) Osteosinteza prin aranjarea exactă cap la cap a fragmentelor osoase este metoda ideală în obţinerea calusului de presiune — a calusului calitativ — produs în vederea încărcărilor mecanice ce va avea de îndeplinit, calus ce nu va fi niciodată excedent, el luând naştere numai în măsura utilităţii.

2) Presiunea nu trebue să fie mare în focarul de fractură, e suficientă presiunea produsă de tonusul de echilibru ce există între flexori şi extensorii sau chiar de greutatea segmentului suprajacent fracturii.

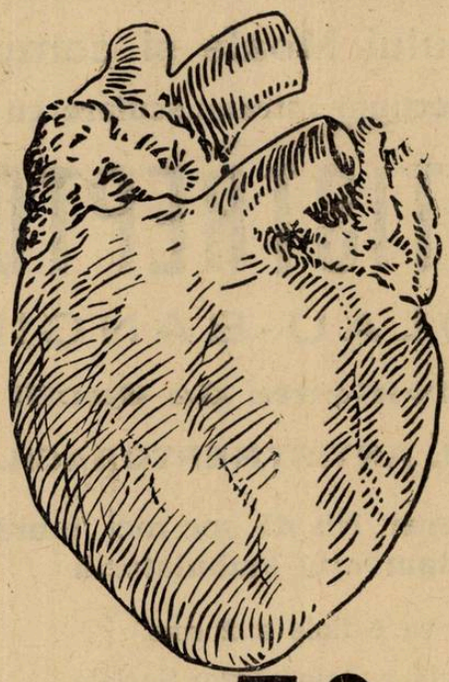
3) Tracţiunea produce întotdeauna un calus desmal de calitate proastă, voluminos, din punct de vedere mecanic insuficient la presiune.

Aplicări la tratamentul trans-scheletic

1) Tracţiunea transscheletică să nu depărteze niciodată capetele fragmentelor osoase, împiedicând astfel forţele de presiune să se exercite în focar.

2) Să se evite mişcările de lateralitate spre a se evita pseudoartroza.

3) Calusul conjunctiv obţinut să nu se imobilizeze în aparat gipsat, ci să se facă mişcările active şi pasive recomandate de *Böhler* şi care au de scop să creeze presiune în focar, schimbând astfel structura osoasă în raport cu funcţia ce va avea de îndeplinit.



Verodigen

Preparat de Digitală

Acțiune rapidă și toleranță excelentă

Comprimate	de 3 ori pe zi $^1/_2$ comprimată.
	Dupa 3 zile
Granule	de 2 ori pe zi $^1/_2$ comprimată.
Supozitoare	Medicație foarte economică!

La edeme **Verodigen compositum**

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6

Tratamentul Şancrului Moale şi complicaţiilor sale

Prin injecţiuni intramusculare cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU-BANCIU"

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

este foarte bine tolerat. Nu dă şoc nici febră permiţând tratamentul ambulatoriu

PREZENTAREA: Cuti: cu 6 fiole a 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate farmaciile din ţară.

Pentru literatură şi eşantioane Domnii Medici se vor adresa:

Laboratorului „Dr. A. BANCIU" Bucureşti, Str. Regală, 10 — Tel. 5.84.29

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

35 ani de existenţă
(1907 — 1942)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa Laboratorului „Dr. A. BANCIU" Bucureşti, Str. Regală Nr. 10 Etaj. Telefon 5.84.29

ABCES APENDICULAR

de Conf. Dr. E. LĂZEANU, S. CIOMAC Asistent și Dr. GH. AL. DOBRESCU Intern

Mulțimea formelor clinice în apendicită face ca diagnosticul ei sau a diverselor ei înfățișări să fie adesea ori foarte dificil deoarece această maladie poate prezenta cele mai diferite manifestări care o pot face să fie confundată cu orcare maladie a tubului digestiv.

Clinica are în punerea diagnosticului de apendicită, un rol important, dar ea singură nu poate rezolva adeseori această problemă, astfel că, este necesar colaborarea ei cu radiologia.

Nu tot ce doare în fosa iliacă dreaptă este apendicită și ca atare trebue operată.

După cum alte ori apar manifestări în fosa iliacă dreaptă, care nu prezintă aspectul unei apendicite și totuși ele sunt provocate de apendice.

Pentru a depista acest fapt, un mijloc sigur de diagnostic îl constitue radiologia. «On ne devrait plus mourir d'appendicite» spunea *Dieulafoy*, și azi am ajuns aproape să realizăm acest deziderat.

Cazul pe care l'am întâlnit este o exemplificare a asociației dintre clinică și radiologie și în deosebi a utilității de a face un examen radiologic atunci când este nevoie.

Bolnavul C. I. de 38 ani se internează pentru: Dureri abdominale vărsături repetate, grețuri, constipație, sughițuri.

Antecedente heredo-colaterale și personale fără importanță.

Istoric. De aproape șease ani acuza dureri în epigastru și în fosa iliacă dreaptă. Acum un an a fost surprins brusc de o epigastralgie violentă; a stat într'un spital o lună fiind pus la regim pentru gastrita sa; s'au făcut mai multe radiografii fără ca să i se găsească ceva gastric. După o lună iese puțin ameliorat.

De șease zile a fost cuprins de dureri puternice în epigastru și în fosa iliacă dreaptă, care îi radiau în membrul inferior drept.

Durerile au ținut în mod intens trei patru zile, apoi au scăzut ca intensitate. In aceiaș zi când au apărut durerile a început să aibă vărsături repetate, sughițuri și constipație. Nu poate să mănânce sau să bea ceva decarece imediat varsă și are sughițuri.

Starea prezentă: Bolnavul cu faciesul alterat, varsă, în primele două zile dela internare, apoi vărsăturile dispar.

Examen pulmonar: Raluri de bronșită. La cord nimic orificial, tensiunea Mx. 10 minima 4. puls 64.

Abdomenul foarte dureros aproape în întregime. Bolnavul acuză dureri în deosebi în regiunea fosei iliace drepte și epigastrică.

In rest nimic de remarcat.

Ureea: 0,80 gr. Reacția B. Wassermann. Negativă.

Analiza urinei: densitatea 1.015, reacție alcalină, albumina nor gros. In sediment: cilindri hialini, rar cilindri epiteliali.

Chimismul gastric: acid clorhidric liber scăzut. Acid clorhidric total 1.80%. Nu are acid lactic.

Examenul radiologic a eliminat imediat existența unui ulcer gastric și a stenozei pilorice și s'a constatat în acelaș timp existența unei pneumatoze intestinale și o imagine hidro aerică în fosa iliacă dreaptă.

Această imagine hidro-aerică nu avea caracterele imaginelor hidro aerice ce se întâlnesc în ocluziile intestinale prin obstacole pe ansele ileale. Nu avea nici caracterul unei dilatațiuni a coecului sau a colonului din cauza lipsei bandeletelor musculare caracteristice.

Din aceste motive am presupus existența unui abces apendicular insistând asupra indicațiuni operațiunei. A fost internat în serviciul chirurgical al d-lui Pr. Dr. *Hortolomei* unde a fost operat. I s'a făcut o laparatomie medană dreapta în regiunea ombilicală, Se explorează cavitatea abdominală și se găsește regiunea coeco-apendiculară cuprinsă într'un bloc inflamator izolat în oarecare măsură de cavitatea abdominală prin aderentele create. In mijlocul blocului se găsește o cloacă de unde se scurge o cantitate apreciabilă de puroi fetid, verde cenușiu. Se izolează pe cât se poate cu meșe cavitatea abdominală. Drenaj cu tuburi prin incizie și contra incizie. Pansament. Astfel că acest bolnav care fusese îngrijit pentru gastrita sa, apoi pentru un bănuit ulcer piloric, prezenta un abces mare apendicular, iar simptomele erau răsunetul îndepărtat al suferinței apendiculare. Numeroși au fost clinicienii cari au arătat formele clinice, complicațiile și particularitățile acestei maladii.

Gay Laroche, *Brodin* și *Ronnaux* au arătat și au insistat asupra importanței examenului radiologic în această maladie, arătând că radiologia poate aduce date noi pe care numai ea le poate pune în evidență. Examenul apendicelui se poate face radioscopic sau radiografic aceasta din urmă având avantajul de a fi un document durabil și impersonal. (*Bêclère* și *Meriel*).

Bêclère în 1906 obține prima radiografie a apendicelui, iar după el a urmat o serie întreagă de cercetători în domeniul acesta.

Astfel în 1913 *Georges* și *Gerbel* în statisticele lor, susțin că în 70% din cazuri apendicele este vizibil, *Holzchnecht*, descrie ca un semn sigur, punctul apendicular dureros sub ecran și descrie manevrele pentru descoperirea apendicelui retro-coecal.

D. Conf. *Lăzeanu* în 1925 insista asupra necesitatei de a examina și radiologic pe cei bolnavi sau bănuiți că ar suferi de apendicită.

Sprigss găsește în apendicită o proportie de 80% din cazuri în care apendicele bolnav este opac. In 1926 *Jaisson* publică o statistică, susținând că apendicele este vizibil în 66% din cazuri cu tehnica următoare: Examinează din șease în șease ore după ingerarea de gelobarină.

Autorii americani găsesc azi apendicele vizibil în 90% dn cazurile de apendicită.

Tehnica examenului radiologic nu este o tehnică standard, aceasta fiind în funcție de diferite tehnici întrebuințate în diferitele servicii de spital.

Semnele radiologice care ne îndreptățesc să punem diagnosticul de apendicită sunt:

1. — Punctul apendicular dureros care face un diagnostic diferențial cu durerea provocată de diversele afecțiuni ale colonului ca: tiflita, colita, colonul transvers ptozat sau spastic, cudura ileonului sau durerea provocată de un ureter patologic sau de o salpingo ovariată.

2. — Al doilea semn important este conturul neregulat al apendicelui din cauză că umplerea lui cu substanța opacă se face dificil atunci când în apendice există un proces inflamator.

3. — Staza bariului în apendice peste 12—14 ore este considerată de *Sprigss* ca patologică și este datorită inflamației cronice care produce parezia pereților apendicelui.

4. — Apendicele este adeseori fixat de organele vecine. Când apendicele nu este vizibil avem următoarele semne radiologice care indirect ne îndrumează asupra diagnosticului de apendicită.

Ele sunt următoarele:

1. — Durerea din punctul apendicular sub ecran.

2. — Staza ileală după șease opt ore,

dela ingerarea lichidului opac (*Galy*). Metoda *Czeppa* bazează diagnosticul apendicelui pe vizibilitatea apendicelui. Examenul radiologic permite de a diferenţia apendicita de o serie alte afecţiuni ca.

Ptoza coecală cu dilataţiune şi fixitate. In acest caz, găsim coecul situat sub creasta iliacă nedureros în poziţia orizontală şi mărit de volum.

Ptoza coeco-colică. Examinând în poziţia verticală găsim în fosa iliacă dreaptă o masă mare opacă nedureroasă.

Ptoza unghiului colic drept care coafează coecul şi colonul ascendent iar unghiul este situat în fosa iliacă dreaptă.

Coecul mobil anormal dilatat. Aceasta este însă nedureros şi conţine bariu şi după 24 ore.

Pericolia unghiului drept. Are unghiul drept fixat pe faţa inferioară a ficatului, pilorului sau la douden.

Epiploitele prezintă puncte dureroase pe conturul marelui epiplon.

Aderenţele peritoneale, membranoase Jakson, produc staza coecală la unirea coecului cu colonul. In acest caz coecul prezintă un contur neregulat iar apendicele nu este dureros.

Poziţia retrocoecală a apendicelui poate fi un obstacol la umplerea apendicelului cu barium. Deasemeni rareori însă, valva lui Gerlach poate împedica umplerea apendicelui.

In cazul nostru diagnosticul diferenţial se putea face cu;

Ccecul anormal dilatat care însă nu prezintă această imagine hidro aerică.

Ptoza coecală cu dilataţiune şi fixitate cu ptoza coecocolică care prezintă însă bandeletele musculare caracteristice.

Ocluziile intestinale prin obstacol pe ansele ileale prezintă imagini hidroaerice multiple şi diferite de aceia prezentată de bolnavul nostru. Această imagine hidro-aerică atât de netă ne-a făcut să înlăturăm posibilitatea unui coec anormal dilatat etc. şi să punem diagnosticul de abces apendicular care a fost verificat chirurgical, iar examenul radiologic şi-a dovedit necesitatea şi importanţa lui punând în evidenţă o imagine care se găseşte rar.

Diagnosticul de abces apendicular, prin examen exclusiv radiologic a mai fost semnalat. Existenţa lui se traduce printr'un contur circular dat de ansele intestinale care conturează colecţiunea purulentă.

Imaginea hidro-aerică din fosa iliacă dreaptă constitue o imagine radiologică rară în cursul apendicitei şi care deobicei nu este trecută între simptomele radiologice ale apendicitei.

Conţinutul în vitamina C al alimentaţiei Spitalului de copii din Cernăuţi, în lunile de iarnă

Dr. MARIA MAXIM
Chimistă Şef al Laboratorului de Igienă Cernăuţi

Este de netăgăduit că pentru bolnavii internaţi în spital joacă mare rol îngrijirea medicală ce li se dă, dar nu e mai puţin adevărat că şi alimentaţiei lor trebue să i se dea o deosebită atenţie.

Mai înainte vreme la întocmirea hranei bolnavului se avea în vedere quantumul de calorii necesare zilnic, după care se calcula cantitatea de: grăsimi, substanţe albuminoide şi zaharuri cari să corespundă acestor cerinţi. Astăzi în urma cunoştinţelor noastre asupra maladiilor de carenţe vitaminice, ştim că aceste substanţe sunt absolut necesare bunului mers al organismului. In mod normal vitaminele joacă rolul de catalizori biologici activând chimismul schimburilor de nutriţie, iar în cazul maladiilor infecţioase ele secondează şi accentuiază acţiunea terapeutică a medicamentelor. Drept urmare suntem obligaţi a alege alimente aşa fel, ca ele să cuprindă vitaminele în cantităţile cerute de organism. Cercetătorii străini au stabilit experimental pentru cele mai multe vitamine cunoscute până acum, cantitatea zilnică necesară organismului. Astfel pentru vitamina C au făcut următoarele observaţiuni:

Un bolnav care primeşte zilnic 300 mgr. acid ascorbic, elimină 160—200 mgr. în zilele când este afebril şi numai 50—60 mgr. în zilele când are febră; deci mai mult de 2/3 este consumat în timpul febrei. Dacă unui bolnav febril nu i se administrează în timpul boalei o supracantitate de vitamină C sub orice formă, atunci în timpul convalescenţei, el va prezenta simptome de avitaminoză C. Dacă cazurile de scorbut grav sunt în Europa relativ rare, nu trebue să neglijăm existenţa formelor uşoare, sau acea a maladii lui Moller, Barlov care sunt tot manifestaţii de carenţe de acid ascorbic.

De la începutul şi pe durata unei maladii infecţioase este bine să administrăm bolnavului fie sub forma de medicament, fie sub forma de aliment vitamina C. Dacă luăm ca normă cantitatea de 50—60 mgr. necesară zilnic, rezultă că un bolnav ar trebui să consume din fructe:

portocală :	60—100	gr.
lămâe	10—100	»
căpşune	100—120	»
zmeură	200	»
mere	1000	»
pere	2500	»
cireşe	500	»
struguri	1000—3000	»

după anotimp. Sau din legume:

cartofi noi	250	gr
cartofi vechi	1000	»
conopidă	60— 110	»
sparanghel	200— 220	»
roşii	400	»

De remarcat este că atât fructele cât şi legumele cu cât sunt mai proaspete cu atâta conţinutul lor în vitamină C este mai mare. Cartoful mai prezintă şi avantajul că vitamina lui este legată de anumite substanţe care o protejă de a fi repede descompusă prin fierbere; dar şi aici se pierde acest avantaj cu cât timpul de conservare este mai lung. Astfel cartofii noi conţin 21—24 mg. vitamină C la 100 gr. pe când cei conservaţi o iarnă întreagă ab a mai au 3—4 gr.% din această vitamină.

Mai ales într'un spital de copii, acolo unde ni se impune a urmări şi a combate prin toate mijloacele posibile mortalitatea infantilă crescută care bântue în ţara noastră, este necesar a controla conţinutul vitaminic al alimentaţiei zilnice, cel puţin în privinţa acelor vitamine ce sunt în legătură cu creşterea şi rezistenţa copilului la maladii infecţioase, precum sunt vitaminele: A, B, C, D.

In acest scop am întreprins un control al alimentelor crude şi al alimentaţiei ce se serveşte copiilor în Spitalul de copii din Cernăuţi, deocamdată în privinţa conţinutului acestora în vitamină C începând de astă toamnă în luna Noembre 1941 şi până în prezent în luna Maj 1942. Am folosit pentru urmărirea cantitativă a acidului ascorbic metoda preconizată de Tillmanns, care se pretează la cercetările în serii, dând rezultate uşor comparabile. Dozările s'au făcut atât la legumele crude cât şi la alimentul fiert, sau la leguma conservată prin sare şi fermentaţie precum: castraveţii, ardeii, varza acră. Având în vedere greutăţile prezente pentru procurarea fructelor şi a legumelor şi urcările zilnice a preţurilor vom înţelege că într'un spital în aceste condiţiuni nu s'au putut folosi pe timpul iernei fructele indigene sau cele importante pe o scară prea mare. De aceea s'a recurs pe cât posibil la isvorul cel mai eftin

TRADE MARK B&S SCHUTZ-MARKE

In Asthm

IMINOL

Conţine substanţe, cari acţionează în sens spasmolitic asupra musculaturei netede şi nu provoacă fenomene secundare nedorite.

Nu conţine iod, nici adrenalină sau substanţe similare.

POSOLOGIE:

La primele semne ale unui acces iminent 1—2 comprimate. La accesele, cari se ivesc regulat noaptea sau des de dimineaţă, se vor lua înainte de culcare 1—2 comprimate.

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof.

Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu Nr. 6.

BARTH

OFFSET CARTEA ROMANEASCĂ

TRADE MARK B&S SCHUTZ-MARKE

În menopauză

PERLATAN-CALCIUM

Bufeurile, Cefaleea, Insomniile, Depresiunile, Tachicardiile, precum şi **Acnea rozacee, Pruritul,** şi **Artropatiile deformante** din timpul menopauzei sunt deobiceiu cauzate de o lipsă de foliculină asociată cu lipsa de calciu în sânge. Perlatan-Calcium combate ambele cauze.

POSOLOGIE:

de 3 ori pe zi 1–2 dragele. În cele mai multe cazuri simptomele supărătoare se ameliorează după 3–4 zile.

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H., Mannheim-Waldhof.

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu Nr. 6

BARTH

OFFSET CARTEA ROMANEASCĂ

UN PROGRES ÎN TERAPEUTICA HORMONALĂ MASCULINĂ:

NEO-HOMBREOL PROPIONAAT

în CLIMACTERIUM VIRILE
HIPERTROFIA PROSTATEI
şi IMPOTENŢĂ

FIOLE à 5, 10 şi 25 Mg PROPIONAT DE TESTOSTERON

N.V. ORGANON
OSS (Olanda)

Reprezentanţa pentru România:
ODOL-PHARMA
SECŢIA FARMACEUTICĂ
ODOL S. A. R.
STRADA APOSTOL MARGARIT, 22 — TELEFON 5-6776
BUCUREŞTI IV

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre gratuite la cerere MEDIROM S. A. R. BUCUREŞTI IV — STR. OLARI 23, Tel. 2.39.46.

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES
SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Mostre gratuite la cerere MEDIROM S. A R. BUCUREŞTI IV — STR. OLARI 23, Tel. 2.39.46.

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT – 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN – BUCUREŞTI III – TELEFON: **2.11.78**

de vitamină C pe timpul de iarnă care îl formează murăturile de: ardei, gogonele, roşii şi varză.

Conţinutul în vitamină C în alimentaţia zilnică

5 Noembrie 1941.

Dimineaţa: 200 gr. lapte fiert:
calit. I-a conţine: 4,5 mg. vit. C
calit. II-a „ : 2,3 mg. „ „

La prânz:
350 gr. supă de cartofi cu smântână conţin. . . . . : 21,3 mg. vit. C
250 gr. friptură de viţel cu sos tomat. . . . . : 6,5 mg. vit. C
230 gr. cartofi prăjiţi . . : 2,7 „ „ „
130 gr. sa'ată de varză acră cu ceapă . . . . . : 33,5 „ „ „

Seara:
200 gr. carne tocată cu sos acru: 3,4 mg. „
170 gr. cartofi pure . . : 5,6 mg. vit. C
Totalul pe o zi: 77,5—75,3 mgr. vit. C

3 Decembrie 1941.

Dimineaţa: 200 gr. lapte fiert:
I conţine 4,3 vitamină C
II „ 1,7 „ „
350 gr. supă de fasole albă cu smântână . . . . . 10 mg. vitam. C
250 gr. carne friptă . . . 0 „ „ „
230 gr. cartofi fierţi . . 16 „ „ „
130 gr. ardei acri şi gogonele . . . . . 32 „ „ „

Seara:
350 gr. tăiţei cu lapte . 3,5 mg. vit. C
Totalul pe o zi 65,8 - 63,2 mg. vit. C

3 Ianuarie 1942.

Dimineaţa 200 gr. lapte fiert:
I conţine: 3,8 mgr. vitam C
II „ : 1,1 „ „ „

La prânz:
350 gr. supă de legume cu bulion 11,8 mgr. vit. C
Friptură cu sos de castraveţi: 16,0 „ „ „
230 gr. cartofi prăjiţi. . . : 2,1 „ „ „
130 gr. salată de sfeclă roşie: 3,2 „ „ „

Seară:
230 gr. cartofi fierţi. : 18,5 mgr. vit. C
150 gr. compot de mere: 5,7 „ „ „
Totalul pe o zi 61,1—58,4 mgr. vit. C

4 Februarie 1942.

Dimineaţa 200 gr. lapte fiert:
I conţine: 3,7 mgr. vit. C
II „ 4 „ „ „

La prânz
200 gr. supă de carne cu fidea: 0
200 gr. cartofi fierţi . : 14,2 mgr. vit. C
250 gr. carne fiartă cu sos tomat 12,5 mgr. vit. C
150 gr. salată de castraveţi acri 28' mgr. 0 vit. C

Seara:
300 gr. lapte cu macaroane . . : 2,6
Totalul pe o zi: 60,0—58,2 mg. vit. C

3 Martie.

Dimineaţa: 200 gr. lapte fiert
Calit. I conţine: 3,8 mg vit. C
calit. II „ : 1,4 „ „ „

La prânz:
350 gr. ciorbă de varză acră 30,2 mgr. vit. C
350 iahnie de fasole albă 1,4 mgr „ „
250 carne friptă cu sos de alb 0 „ „ „
200 gr. borş crud . . . . 32,0 „ „ „

Conţinutul în Vitamina C a alimentelor pe lunile Noembrie - Mai

(Socotit în miligrame la 100 gr. substanţă)

	Noembrie	Decembrie	Ianuarie	Februar e	Martie	Aprilie	Mai
Lapte fiert							
I din spital:	2.24	2.14	1.93	1.87	1.92	1.89	2.81
II de la furnizor	1.18	0.86	0.54	0.94	0.74	0.52	1.22
Cartofi cruzi	18.2	10.7	8.9	8.1	6.4	4.2	4.0
Varză verde	145.4	—	—	—	—	—	—
Varză acră	100.5	97.2	97.0	95.3	90.0	79.2	63.1
Morcov crud	3.8	3.0	2.6	2.6	2.4	2.2	1.7
Sfeclă roşie	6.8	5.9	5.6	5.6	5.3	4 6	4.0
Ceapă	8.4	5.7	5.5	4.7	4.7	4.0	3.8
Ardei acri	155.3	150.4	140.0	140.0	120.4	92.3	84.1
Castraveţi acri	14.2	12.9	12.0	12.0	11.7	10.8	10.2
Borş de putină				18.2	16.0	17.8	18.2
Lămâe				69.8	70 3	65.1	62.0
Ceapă verde							20.3
Ridichi de lună							23.2

Seara:
50 gr. carne tocată prăjită 0
200 gr. cartofi fierţi . . . 7,0 „ „ „
Totalul pe o zi: 74,4—72, 0 mg. vit. C

5 Aprilie.

Dimineaţa: 200 gr. lapte fiert: conţine 3,2 mg. vitamina C
sau: 200 gr. lapte cu cafea . . . 1,5 „

La prânz
350 gr. supă de fasole, cu macaroane: . . 8 mg. vit. C
180 gr. carne cu cartofi. . :14 mg. vit C
150 gr. salată de varză cu ceapă 29 mg. vit. C

Seara:
200 gr. salată de cartofi cu lămâe 22,0 mg. vit C
50 gr. carne friptă 2
Totalul pe o zi: 76.2—74,5 mg. vit. C

3 Mai 1942.

Dimineaţa:
200 gr. lapte fiert . . : . 4,6 mg. vit. C

La prânz:
350 gr. supă de varză cu smântână 32 mg. vit. C
150 gr. şniţel prăjit. 0
390 gr. castravete acru. . . 21 mg. vit. C

Seara
200 gr. cartofi puré 6
200 gr. cartofi fierţi cu ceapă verde 18 mg. vit. C
Totalul pe o zi: 81,6 mg. vit. C

Din datele obţinute reese că legumele păstrate din toamnă până în primăvară pierd pe fiecare lună o cantitate apreciabilă de vitamină C, fapt care a fost constatat de toţi cercetătorii şi care se datoreşte labilităţii mari a moleculei acidului ascorbic.

Cum ţara noastră este situată într'un climat continental unde mai mult de 6 luni pe an nu se pot avea fructe şi legume proaspete şi mai ales când starea economică — cum este cea actuală — nu permite importarea lor din ţările calde, ne rămâne a constata că începând din toamnă pe lună ce trece alimentaţia noastră pierde din valoarea ei vitaminică C, aşa că în primăvară constatăm pierderi de peste 4/5 din valoarea iniţială. Conservarea legumelor prin sare şi fermentaţie lactică aşa cum se procedează la: ardei, castraveţi, varză, precum şi borşul proaspăt sunt sursa de vitamină C care sufere variaţii mai puţine şi care ne dă posibilitatea de a acoperi deficitul vitaminic al alimentaţiei din timpul iernei.

Tot în scopul de a preîntâmpina lipsa de acid ascorbic din alimentaţia ultimelor luni de primăvară şi de a mări rezistenţa copiilor faţă de infecţiile coccice şi bacilare ce bântue în deosebi în Martie şi April, se administrează la spitalul de copii din Cernăuţi în acest timp: la sugari câte ½ lămâe pe zi, la cei mai mari câte un pahar de borş de putină proaspătă. Cu modul acesta vedem că hrana copiilor în acest spital depăşeşte zilnic pragul de 50 mgr. vitamină C stabilit de majoritatea cercetărilor ca absolut necesar bunului mers al organismului. In plus, acolo unde se constată o deficienţă accentuată în vitamina C, sau unde consumul de această vitamină este ridicat (în cazurile de maladii febrile) se administrează preparate sintetice de acid ascorbic.

Drept este că toate aceste urmăriri cer un surplus de muncă şi de atenţiune din partea directiunei spitalului, însă succesul obţinut constitue satisfacţia morală cu care este răsplătită această muncă. Tin a mulţumi d-nei Dr. *A. Nandriş*, Directoarea Spitalului de Copii din Cernăuţi pentru concursul şi multa bună voinţă cu care a acceptat această lucrare.

Veche contribuţiune Românească la întemeierea Spitalului din Braşov

Dr. EUGEN NICOARĂ
Inspector Gen. Sanitar, Director de Spital

In tot răul se ascunde şi un mic de bine.

Refugiat-siluit-recent, din pragul mormintelor sfinte ale înaintaşilor mei şi rupt din primul moment după cedarea Ardealului de nord, dela sânul aşezămintelor create prin muncă şi prin jertfă personală şi prin iubire de neam, am ajuns prin forţa împrejurărilor în Braşov, unde mi s'a dat prilejul de a cunoaşte un nou mediu de muncă, închinată binelui obştesc.

Cercetând trecutul apropiat şi îndepărtat, care a dat fiinţă spitalelor din Braşov, am găsit dovezi şi documente de mare valoare, din punct de vedere naţional şi de istorie a medicinei româneşti.

In aceste timpuri, când se duce o luptă aprigă, împletită cu jertfa de sânge şi de viaţă, pentru afirmarea drepturilor istorice, este bine să cunoaştem şi contribuţiunile de jertfă a înaintaşilor şi pe teren sanitar.

Trăind în Ţara Bârsei, respirând aerul de permanentă prospeţime dintre Tâmpa şi Valea Timişului, Românii veacurilor încrestate pe răbojul istoriei, au ştiut să-şi lege viaţa şi activitatea lor de înfăptuirile cerute de imperativele epoci.

Intre aceste imperative epocale se înşiră şi înfiinţarea spitalului din Braşov.

Intemeirea primului aşezământ spitalicesc nu s'a făcut, decât după multe greutăţi şi lupte.

Cu dreptate spunea Doctorul *Eduard Gusbeth* în lucrarea sa «Zür Geschichte der Sanitars-Verhaltnisse in Kronstadt» din care lucrare am culeş datele de faţă: «Oraşul Braşov a avut o comportare faţă de această problemă de interes obştesc, ca mulţi dintre oameni în propriile lor chestiuni, care oameni văd bine că o schimbare este necesară în felul lor de a trăi, apreciază chiar avantajele unei schimbări, dar continuă să se reîntoarcă la vechile lor greşeli». Aşa şi comunitatea din Braşov schimbă un plan după altul, fără de a se decide să se pună pe lucru şi a începe construirea spitalului dorit de toată lumea. Să alege un loc, după altul, fără a se pune pe treabă.

De şapte ori s'au schimbat planurile. De şapte ori s'au căutat alte şi alte terenuri pentru construire.

Acest joc a durat de la 1799, până în anul 1839.

Poate nici atunci nu s'ar fi terminat jocul de a întocmi planuri şi de a alege locul potrivit pentru un spital, dacă nu ar fi venit un mare filantrop: comerciantul şi epitropul bisericesc, *Samoilă Abraham* († 23 Aprilie 1849) care şi-a dăruit întreaga sa avere oraşului Braşov, cu scopul şi condiţiunea de a se întemeia în casa sa propie un spital. Averea se compunea din mai multe imobile şi clădiri situate fie în oraş, fie în suburbiile oraşului, precum şi din proprietăţile agricole de mare valoare.

Formalităţile de aprobare ale fundaţiunii de către oraş şi «Guberniu», precum şi lucrările de adaptare ale clădirilor, au durat până în anul 1845, când noua clădire de «Krankenhaus» şi-a deschis porţile, pentru a primi şi alina suferinţa omenească.

Numărul bolnavilor internaţi a crescut din an în an, de la 116 bolnavi în primul an, s'a ajuns la 1008 bolnavi internaţi şi trataţi în cursul anului 1880.

Până în anul 1880 s'au executat, dintre operaţiunile mai importante: 3 secţiuni cezariene, 7 cazuri pentru calculi-vezicali, 30 hernii, 56 amputaţiuni.

La fondul de susţinere a cheltuielilor de spital, pe lângă veniturile realizate din fundaţiunea S. Abraham, au contribuit: Comuna, Băncile, vecinătăţile, societăţile şi numeroase persoane cu inima caritabilă şi cu iubire faţă de suferinţa celor nevoiaşi.

Intre aceste persoane cu dare de mână, găsim foarte mulţi Români:

1. *Vasile Sârbu*, comerciant, lasă cu inima caritabilă şi cu iubire faţă de sumă de 50 Fiorini, pentru fondul de spital.

2. *Vasile Fulga* în anul 1840, donează un teren cultivabil şi 75 Fl.

3. *Iordan Maria*, începând din anul 1847, dăruieşte spitalului, câte 21 Fl. în fiecare an, până va trăi; la anul 1882 suma dăruită de această inimă de mamă a săracilor, se urcă la 714 Fl.

4. *Ioan Iuga*, în anul 1851 prin testament lasă 4200 Fl. «pentru a fi utilizaţi în îngrijirea bolnavilor săraci din sânul Naţiunii şi religiei mele». Ţine să lege testament şi de condiţiunea: «Iar dacă în Braşov s'ar construi în viitor un spital numai pentru Români, suma testată va trece în întregime la acest spital».

5. *Cristodor Mumcali*, în anul 1850, donează fără condiţiuni 21000 Fl. fondului de spital din Braşov.

6. Fundaţiunea *Mândasoglu* prevede 210 Fl. pentru bolnavii Români ortodoxi.

7. *Ştefan Sotir*, în anul 1872, lasă pentru îngrijirea săracilor în spital 200 Fl.

8. Fundaţiunea lui *Hadji Russu* este de 337, Fl. 8. Kr.

9. *George Ioan* dăruieşte fondului de spital de odată 1050 Fl.

10. Fundaţiunea *Constantin Manoil* sporeşte contribuţiunea românească prin suma de 200 Fl.

11. Văduva *Maria Iordan*, la vârsta sa de 91 ani, în anul 1882, sub anonimat, dăruieşte oraşului Braşov 5000 Ducaţi de aur cu condiţia de a se mări spitalul. Voalul anonimatelor însă a lăsat să se întrezărească binefăcătoarea spitalului, în persoana veteranei doamne Maria Iordan, care prin acest gest a contribuit în foarte mare măsură la sporirea clădirii spitalului din Braşov.

Intre cele 20 de persoane, care au făcut donaţiuni spre binele spitalului, se găsesc 9 persoane germane şi 11 binefăcători Români.

Nu se aminteşte de altă naţionalitate, ceiace denotă în mare măsură spiritul de sacrificiu al Românismului din Ţara Bârsei, precum şi colaborarea Germano-Română în problemele vieţii trăită în comun.

Deceniile s'au scurs pe răbojul vremii, timpurile s'au schimbat şi epocile, cari au urmat, au pus alte probleme de rezolvat generaţiunilor braşovene. Spitalul veacului trecut a devenit insuficient şi necorespunzător după marea Unire. Simţul datoriei şi spiritului de jertfă al românismului epocei noastre, a ştiut să răspundă înaltelor comandamente şi chemări, prin realizări măreţe de clădiri de spitale, cari şi prin frumuseţea lor, şi prin activitatea lor, stau la înălţimea timpurilor pe care le străbatem cu sufletele frământate de grijile viitorului, sub îndrumările conducătorilor înţelepţi ai destinului naţional.

Dodonal

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

înlătură agripnia şi în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu căte 10 dragele à 0,3 gr.

Reprezentant pentru România

RUDOLF FOREK, Bucureşti III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

RHEUMALGINE

Acid salicilic vegetal
Hidrolat izotonizat de plante gaultherinogene

Medicamentul de selecţie al durerilor în general şi al rheumatismului sub toate formele şi manifestările lui în special.

1—2 injecţiuni de 2 cmc. pe zi sub cutan, sau intramuscular şi la nivelul locurilor dureroase

PASSIBROVAL

Extract de Passiflora
— Valeriană
— Crategus
Bromomalonal de Calciu

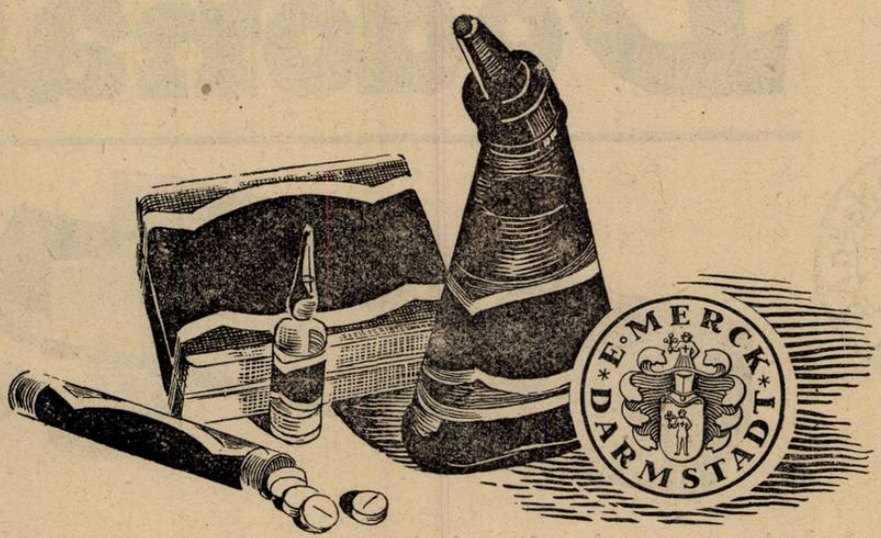
Stările spasmodice, turburările menopauzei, insomnii, turburări funcţionale ale cordului de origină nervoasă.

3 linguriţe pe zi

Mostre şi literatură Laboratorul «I F A R»

Str. Prof. Dr. M. Georgescu, 24 — Bucureşti IV

Telefon 5.67.48



OESTROMENIN *Merck*

4,4'-Dioxi-α, β-dietilstilben

Preparat sintetic cu acțiunile biologice ale hormonului folicular.

In turburări de menopauză și în toate celelalte indicațiuni ale tratamentului cu hormon folicular

Picături • tablete • fiole

E. Merck

FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE — DARMSTADT — FONDATĂ 1827

Reprezentanța generală:

CHIMIROMAN, Farmacist Liviu Bancu, București I, Str. T. G. Masaryk Nr. 32

† Profesor Dr. Gh. Zotta

Profesorul Gh. Zotta a murit la vârsta de 56 ani.

S'a născut în luna Septembrie, anul 1886 la Vaslui şi şi-a făcut studiile secundare şi universitare la Iaşi.

A ocupat în învăţământ funcţiunea de Şef de lucrări la laboratorul de morfologie animală din Bucureşti şi apoi pe cea de Şef de Secţie la Institutul de Seruri şi Vaccinuri Dr. I. Cantacuzino.

La 1 Februarie 1925 a fost ridicat la rangul de profesor titular al Facultăţii de Medicină din Bucureşti, unde a funcţionat fără întrerupere până la data morţii.

Activitatea lui ştiinţifică în domeniul paludismului s'a ilustrat printr'o importantă serie de cercetări făcute pe teren (staţiunea de studii — Tichirghiol) asupra problemei malariei în ţara noastră şi prin studii asupra anofelismului din România, Bulgaria, Jugoslavia şi Italia.

Pentru meritele lui excepţionale i s'au acordat cele mai înalte distincţiuni şi a fost acceptat ca membru al Academiei de Medicină şi al Academiei de Ştiinţe din ţară, al Societăţi de Patologie exotică-Paris şi al comisiunilor de malarie din ţară şi străinătate.

Prin moartea profesorului Zotta, Facultatea de Medicină din Bucureşti pierde pe unul dintre cei mai de seamă colaboratori ai ei.

Dascăl de prima mărime, om de ştiinţă pasionat, savant în cea mai înaltă accepţie a cuvântului, camarad leal şi prieten desăvârşit, profesorul Zotta lasă în urma lui opere peste care colbul niciodată nu se va aşterne şi amintiri pe care timpul niciodată nu le va putea şterge.

Il văd mereu aevea, aşa cum era acum 22 de ani, când l'am cunoscut în laboratorul profesorului Vcinov dela Facultatea de Ştiinţe, unde deţinea funcţiunea de şef de lucrări.

Işi desfăşura activitatea în parterul laboratorului şi era nelipsit dela datorie.

Hrănea cu frunze, seminţe şi ierburi, fel şi chipuri de gângănii tăcute al căror studiu îl absorbea şi — detaşat de cameni — ducea în lumea minusculă a gâzelor mărunte o viaţă aparte, ciudată şi profundă.

Impresia pe care mi-a lăsat-o în această primă întâlnire a noastră a rămas neschimbată, chiar şi mai târziu, atunci când relaţiile dintre noi au devenit intime, din cauză că profesorul Zotta era un om de linie dreaptă şi nu-i sta în obicei să-şi dezică atitudinile, convingerile sau credinţele.

Animat de o tinerească ardoare, în ciuda vârstei şi a boalei, profesorul Zotta a rămas până în utlima clipită a vieţei acelaş servitor credincios al unui ideal curat, pentru puritatea căruia nu înţelegea să economisească nimic: nici bani, nici timp, nici muncă şi nici sănătate.

Deşi boala gravă de care suferea îi da avertismente subtile în cele mai diverse ocazii ale vieţei, totuşi el nu ţinea seamă de sensul lor tragic şi se dăruia cu acelaş entuziasm neastâmpărat muncii în care se simţea angajat, fără vreo posibilitate de revenire şi fără vreo speranţă de odihnă.

Nu o singură dată mi s'a întâmplat să-l văd oprindu-se palid la fiecare treaptă a scării pe care o urcam împreună la Facultate spre etajul unde îşi avea laboratorul şi să-l privesc cum se luptă să desprindă cu mâna din adâncul pieptului o ghiară nevăzută, care i se încleştase pe inimă tăindu-i respiraţia.

Şi nu o singură dată mi-a fost dat să-l aud şoptind cu adâncă melancolie şi infinit regret că primeşte zilnic astfel de solii din patrea unui oaspete straniu, care de câţiva ani se strecurase în adâncul fiinţei lui minându-i existenţa.

Ca un gospodar harnic al cărui avut stă gata să cadă pradă puhoaelor deslănţuite şi care în ultimul moment îşi împarte bogăţiile vecinilor săraci strigându-le:

— «Grăbiţi-vă şi luaţi! Intraţi în hambare şi goliţi-le! Luaţi totul până ce apa nu se ridică şi nu ne acopere», profesorul Zotta presimţindu-şi sfârşitul se risipea cu voluptate într'o activitate multiplă, care îl îngropa sub povara ei mistuindu-l încetul cu încetul.

L-am văzut anul acesta în luna Iunie plecând în Bulgaria la Sofia unde fusese invitat spre a ţine o Conferinţă: l-am văzut la întoarcere obosit de greutăţile drumului dar iluminat de entuziasmul succesului dobândit; l-am văzut apoi în timpul examenelor luptând cu el însuşi în această migăloasă muncă şi repurtând şi de data aceasta un nou triumf asupra oaspetelui straniu care îl pândea şi l-am văzut în sfârşit la începutul acestei luni, în faţa Consiliului Sanitar Superior, desvoltându-şi cu o rară competinţă şi cu o remarcabilă claritate concepţiile lui asupra mijloacelor de combatere ale paludismului în ţara noastră.

Profesorul Zotta îşi da perfect de bine seama de puhoiul care se apropie şi care stă gata să-l acopere, şi îşi risipea cu generozitate viaţa în fiecare ocazie ce i se oferea.

Cu o ziuă înainte de moarte scsise proaspăt în Bucureşti dintr'o călătorie de studii pe care o făcuse în Dobrogea şi în judeţele din Sudul Moldovei, tot în legătură cu problema paludismului.

A doua ziuă de dimineaţă s'a îmbrăcat şi a eşit grăbit să-şi vadă prietenii spre a le comunica impresii.

Dar în pragul casei i s'a făcut rău!

S'a înapoiat!

Şi după ce — cu o jumătate de oră mai înainte, — anunţase că a revenit din călătorie şi că este sănătos, acelaş telefon aducea din nou aceluiaş prieten — şi la un atât de scurt interval de timp — vocea stinsă a profesorului Zotta, sugrumată de data aceasta în mod complet de ghiara încleştată pe inimă a gâdelui nevăzut:

— «Mă simt cum nu se poate mai rău! Am o cumplită durere în dreptul inimei! Trimite-mi repede un doctor!».

Şi receptorul a căzut!

A căzut pentru cea din urmă oară din mâna lui!

A căzut pentru totdeauna.

La două ore după moarte, profesorul Zotta pierdut în somnul etern, se odihnea senin în patul în care sucombase, oferindu-şi enigmatic faţa privirilor îndurerate ale prietenilor, care nu se puteau deprinde cu ideea despărţirei.

Ceasul lui îşi continua mai departe tic-tacul pe masa de noapte, iar ochelarii aşezaţi lângă ultimul volum cetit erau mărturia ultimului gest făcut de un cărturar de rasă, care nu a înţeles să renunţe la cetit nici în cea din urmă clipită a vieţii.

Prin moartea profesorului Zotta Facultatea de Medicină pierde un colaborator de nepreţuit, iar eu personal pierd un prieten bun şi simt în suflet o nepotolită rană.

Prof. Dr. VINTILĂ CIOCÂLTEU

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Un important decret al Fuehrerului privitor la sănătate şi domeniul sanitar în Germania

Fuehrerul a semnat decretul următor pentru domeniul sănătăţii şi domeniul sanitar:

«Activitatea personală şi materială în domeniul sanitar şi al sănătăţii cere o conducere unică şi sistematică. In consecinţă ordon cele ce urmează:

1. Pentru domeniul forţelor armate germane, însărcinez pe inspectorul general din domeniul sanitar al armatei ca şef al domeniului sanitar al armatei germane. El păstrează conducerea misiunilor pe care le-a asumat până în prezent în domeniul sanitar al forţelor armate, al SS-urilor armate şi al organizaţiilor şi formaţiilor supuse forţelor armate germane.

Şeful domeniului sanitar al forţelor armate germane reprezintă forţele armate în toate prilejurile. In ce priveşte starea sanitară a forţelor armate în diferitele arme ale forţelor armate, ale SS-urilor armate şi în organizaţiile şi formaţiile supuse forţelor armate, şi aceasta pe lângă autorităţile civile, şi apără interesele forţelor armate în măsurile sanitare luate de autorităţile administraţiei civile.

Pentru a studia în mod general diferitele probleme, câte un ofiţer sanitar din marina de război, din aviaţie şi din armată îi sunt subordonaţi, ca şi cum el ar avea funcţiunea unui şef de stat major.

Chestiunile de principiu din domeniul sanitar al SS-urilor armate vor trebui să fie studiate în acord cu inspecţia sanitară a SS-urilor armate.

2. In domeniul sanitar civil măsurile care trebue să fie luate în mod uniform cad în sarcina d-lui dr. Conti, secretar general la ministerul de interne şi şef al sănătăţii Reichului. El are la dispoziţia sa în acest scop oficiile competente ale autorităţilor superioare ale Reichului, ca şi autorităţile subordonate.

3. D. dr. Karl Brandt este însărcinat cu misiunile speciale în negocierile destinate echilibrării necesităţii de medici, spitale, medicamente, etc., între sectorul militar şi al sănătăţii, care îmi este direct subordonat şi care primeşte ordine din partea-mi.

4. Imputernicitul meu pentru domeniul sanitar şi al sănătăţii trebue să-mi facă rapoarte asupra evenimentelor armate şi din serviciul sănătăţii civile. El are dreptul să intervină.

D. prof. dr. Brandt are, în calitatea sa de împuternicit în domeniul sanitar şi al sănătăţii, denumirea de «comisar general al Fuehrerului pentru domeniul sanitar şi al sănătăţii».

Noui medici primari de specialitate

Examenele de medici primari de specialitate începute la 18 Iunie a. c. s'au terminat în ziua de 14 Iulie a. c.

Următorii medici au fost declaraţi reuşiţi la aceste examene:

Specialitatea Medicină Internă

1) Dr. Podeanu-Păunescu Aureliu; 2) D. Constantinescu Petru; 3) Dr. Postelnicescu-Caramzulescu S.; 4- Dr. Florescu Paul; 5) Dr. Dumitrescu Dumitru; 6) Dr. Bucur Viorel; 7) Dr. Stroescu Veneriu; 8) Dr. Zlotescu Adrian.

Specialitatea Pediatrie şi Puericultură

1) Dr. Poenaru-Chiriceanu Florica; 2) Dr. Petrescu C. Vasile; 3) Dr. Petrescu Ion; 4) Dr. Mihalcea Eugeniu; 5) Dr. Manu Augustin; 6) Dr. Sureanu Traian; 7) Dr. Medeşean Filon; 8) Dr. Muţiu Alexandru; 9- Dr. Adam Ion.

Specialitatea Dermato-Venerice

1) Dr. Lucescu Jaques; 2) Dr. Păcescu Nicolae.

Specialitatea Boli Contagioase

1) Dr. Balş Gh. Matei; 2) Dr. Constantinescu St. Gheorghe; -) Dr. Stănescu R. Teodor; 4) Dr. Micu Ilie.

Specialitatea Tuberculoză

1) Dr. Băicoianu Sergiu; 2) Dr. Rusu Sext. Viorel; 3- Dr. Caba Emil; 4) Dr. Cipău Tiberiu; 5) Dr. Constantinescu Ovidiu.

Specialitatea Chirurgie Generală

1) Dr. Chipail Gheorghe; 2) Dr. Porumbaru Ion; 3) Dr. Podeanu Gheorghe; 4) Dr. Popescu Marin; 5) Dr. Săbăilă Th. Ilie; 6) Dr. Hodoş Nicolae; 7) Dr. Frâncu Nicolae; 8) Dr. Ţurai Ion; 9) Dr. Ţuchel Vasile; 10) Dr. Theodorescu Dem.; 11) Dr. Porumbaru Eugen; 12) Dr. Tomoşoiu Gheorghe; 13) Dr. Dumitriu Achile; 14) Dr. Corneleac Eugen; 15) Dr. Păunel Nicolae; 16) Dr. Aldea Scaevola; 17) Dr. Popov Cristu; 18) Dr. Lupu Emil; 19) Dr. Pana Teodoru Isac Miltiade; 20) Dr. Arsenie Valeriu; 21) Dr. Tănăsescu Ion; 22) Dr. Rădulescu Mihail.

Specialitatea Obstetrică-Ginecologie

1) Dr. Dumitrescu Gheorghe; 2) Dr. Gheorghiu Nicolae; 3) Dr. Komorovschi Traian; 4) Dr. Nicolau Constantin; 5) Dr. Niţescu Radian; 6) Dr. Tapov Dumitru; 7) Dr. Tomoşoiu Petre; 8) Dr. Florian Elisabeta.

Specialitatea Stomatologie

1) Dr. Ionescu Victor; 2) Dr. Deşliu Gheorghe; 3) Dr. Negoescu Dumitru.

Specialitatea Oftalmologie

1) Dr. Lăzărescu Dumitru; 2) Dr. Neştianu Simion; 3) Dr. Săbădeanu Vasile; 4) Dr. Iliescu M. Gheorghe; 5) Dr. Paraipan Constantin; 6) Dr. Burcuş Constantin.

Specialitatea Urologie

1) Dr. Olănescu Gheorghe; 2) Dr. Bratu Ion; 3) Dr. Petrescu Valeriu.

Specialitatea Oto-Rino-Laringologie

1) Dr. Ghimpeţeanu Mihail; 2) Dr. Gheorghe Ionel; 3) Dr. Mirescu Alexandru.

Specialitatea Radiologie

1) Dr. Teodorescu M. Constantin; 2) Dr. Bârzan Aurel.

Inspecţiile D-lui Ministru al sănătăţii în judeţele, Arad, Timiş-Torontal, Severin, Caraş, Mehedinţi, Romanaţi şi Olt

D. *Prof. Dr. P. Tomescu,* Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, însoţit de d-nul: Dr. I. Stoichiţia, Secretar General al Ministerului Sănătăţii, a vizitat în zilele de 2, 3, 4, 5 şi 6 August a. c. spitalele, dispensarele, serviciile sanitare şi aşezămintele de ocrotire din Judeţele: Arad, Timiş-Torontal, Caraş, Mehedinţi, Romanaţi şi Olt.

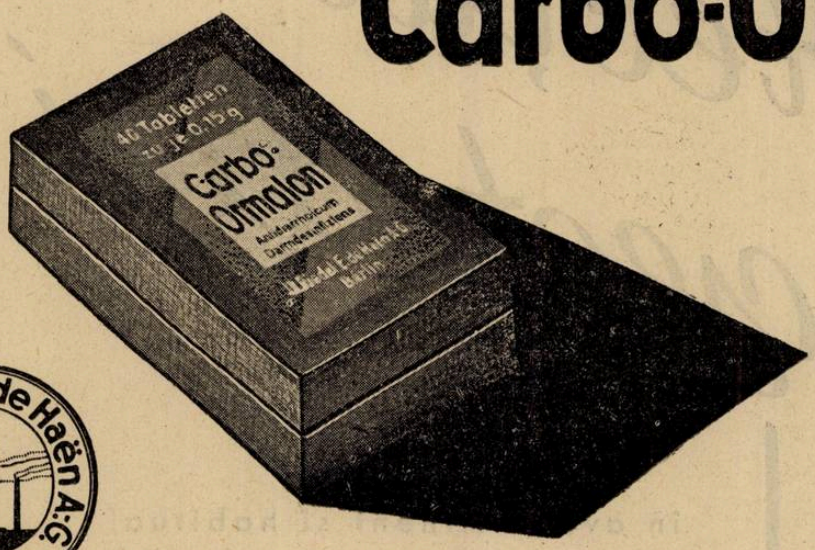
JUDEŢUL ARAD

La Arad — D. Ministru a vizitat Spitalul Central, care este instalat într'o clădire veche şi care are nevoe de amenajări şi raparaţiuni importante. Astfel D. Ministru a dispus ca Spitalul să organizeze într'unul din pavilioanele sale, un serviciu de consultaţii cu principalele specialităţi şi cu o farmacie bine utilată.

A fost vizitat apoi Spitalul de Tuberculoză pulmonară care are o capacitate de 100 paturi şi unde D. Dr. Pavel Siartău desfăşoară o frumoasă

Pentru desinfecţia intestinului

Carbo-Ormalon



în enteritele
diaree
sindromul gastro-cardiac
meteorism

J.D. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

Reprezentant pentru România:
RUDOLF FOREK, Bucureşti III, Strada G-ral Eremia Grigorescu Nr. 6

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.

Prospecte ilustrate gratuite

Condiţiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.
Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

Intr'o poziţie privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentului:
în camere pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Şef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

Protecția gestației

în avort iminent și habitual
sterilitate în urma netransformării
mucoasei uterine în faza pregravidă,
hemoragii (hiperplasii glandulare,
cistice, juvenile și climacterice)

Flavolutan

(Corpul galben disolvat în uleiul germenului de grâu)

Conține deci și vitamina E. Deaceea acțiune mărită a progesteronului. Pe baza conținutului vitaminei E este mai ales indicat în tratamentul avortului habitual și iminent.

Fiole cu câte 2 mg
cutii cu 1 și 3 fiole

Fiole cu câte 5 mg
cutii cu 1 și 5 fiole

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România: **Rudolf Forek, București III,** Strada General Eremia Grigorescu, 6

activitate. D. Ministru a luat măsuri pentru creşterea capacităţii acestei instituţii, care funcţionează în bune condiţiuni, prin adăugarea unei noi barăci — spital la construcţiile existente azi.

Spitalul de copii de sub conducerea D-lui Dr. *Cornel Radu* a fost găsit în perfecte condiţiuni de funcţionare, care fac din această instituţie, unul din spitalele cele mai bune din ţară.

Institutul de Obstetrică din Arad de sub conducerea D-lui *Dr. Vuia*, bine organizat şi înzestrat va trebui să asiste un număr mai important de naşteri, mai ales în această regiune a ţării, unde natalitatea trece printr'o criză pe care o credem pasageră.

D. Ministru a vizitat apoi dispensarele medicale din cartierele Gai şi Grădiştea din Arad, începute de Primăria Municipiului Arad, şi Colonia de vară a copiilor din Arad, exprimând şi cu acest prilej felicitări călduroase D-lui Dr. *Radu Cornel*, Primar al Municipiului Arad, pentru rodnica sa activitate socială şi medicală.

Şcoala de surori de ocrotire din Arad instalată în bune condiţiuni şi foarte bine organizată, urmează să primească, în conformitate cu dispoziţiunile D-lui Ministru un număr mult mai important de eleve în anul I, întrucât organizaţia sanitară are nevoe de cât mai multe surori de ocrotire.

Au mai fost vizitate: Spitalul de Boli Mintale şi Nervoase — unde D. Ministru a dat dispoziţiuni ca să se trateze un număr mai mare de bolnavi acuţi, bolnavii cronici urmând să fie plasaţi în colonii, Aşezământul pentru ocrotirea fetelor oarbe şi şcoala de moaşe.

D. Ministru a mers apoi la Centrul pentru pregătirea învăţătoarelor de igienă şi gospodărie, care funcţionează în localul Palatului Cultural din Arad.

D. Ministru a arătat învăţătoarelor-eleve opera ce o vor avea de înfăptuit în mediul rural.

JUDEŢUL TIMIŞ-TORONTAL

D. Ministru a vizitat Spitalul de Stat din Timişoara, de sub conducerea D-lui Dr. Miletici, care este bine organizat şi care a fost mult îmbunătăţit în ultimul timp.

Inspectând diferitele secţiuni ale Ambulatorului policlinic al Municipiului Timişoara, D. Ministru a constatat că acesta funţionează în condiţiuni defectuoase şi nu are nici un randament. Intrucât serviciile de consultaţii, trebue să funcţioneze pe lângă un serviciu de specialitate, D. Ministru a dispus ca: secţia de puericultură a Ambulatorului policlinic să se instaleze în cel mai scurt timp la Centrul de Ocrotire al Copiilor din Timişoara, secţia de stomatologie să funcţioneze la Spitalul de chirurgie, iar consultaţiile prenatale să se facă la Institutul Obstetric din Timişoara.

Laboratorul de Higienă din Timişoara este instalat într'un local absolut impropriu şi nu poate funcţiona din această cauză cu maximum de randament. D. Ministru a luat măsuri ca acest laborator să se instaleze în parterul Institutului Babeş, aparţinând Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi care a fost cedat în 1940 pentru un an Facultăţii de Ştiinţe.

D. Ministru a inspectat apoi noul pavilion de tuberculoză al Spitalului Epidemic, ce va funcţiona în luna Septembrie cu 100 de paturi. Acest pavilion a fost aproape terminat şi va asigura tratarea şi izolarea bolnavilor de T. B. C. pulmonară din Timişoara şi din Judeţ.

La Prefectura Judeţului a avut loc o consfătuire cu D. Prefect al Judeţului, cu D. Primar al Municipiului Timişoara şi medicii conducători ai serviciilor sanitare de judeţ şi oraş. S'au discutat problemele sanitare ale acestui judeţ, stabilindu-se un program de activitate pentru consolidarea organizaţiei sanitare spitaliceşti din Timişoara.

D. Ministru a vizitat apoi Centrul pentru pregătirea învăţătoarelor de higienă şi de gospodărie, Spitalul de Zonă Interioară, instalat în clădirea Institutului Notre Dame, exprimând cu acest prilej felicitările sale cele mai călduroase D-nei General *Dragalina*, sub conducerea căreia s'a organizat şi înzestrat în cele mai bune condiţiuni acest spital, destinat îngrijirii răniţilor războiului nostru sfânt de desrobire.

JUDEŢUL SEVERIN

D. Ministru a vizitat *Spitalul de Stat din Lugoj*, care are o capacitate de 500 de paturi şi este bine organizat şi dotat. S'au realizat la această instituţie progrese însemnate. Mai sunt încă necesare unele complectări: va trebui ca serviciul de maternitate să aibă un randament mai mare şi o capacitate mai importantă. Deasemenea se va amenaja o farmacie mai spaţioasă şi se va organiza un serviciu de consultaţii.

La Prefectura Judeţului Severin, D. Ministru a avut o conferinţă cu D. Prefect al Judeţului şi cu medicii primari asupra problemelor sanitare şi demografice ale judeţului. S'au examinat măsurile ce vor trebui luate pentru creşterea natalităţii şi reducerea mortalităţii infantile.

Spitalul Caransebeş care dispune de clădiri frumoase va fi reorganizat pentru a avea un mai mare randament.

JUDEŢUL CARAŞ

Dela Caransebeş D. Ministru s'a îndreptat spre *Reşiţa* pentru a vizita spitalele şi serviciile sanitare care asigură asistenţa medicală a muncitorilor din această regiune.

La Reşiţa D. Ministru a vizitat clădirea neterminată a spitalului şi întrucât cei 11.000 de locuitori nu au la dispoziţie decât 16 paturi de spital, D-sa a promis că va interveni pentru terminarea acestui spital, deoarece muncitorii de aici, expuşi la accidente şi la diferite maladii profesionale, trebuesc să beneficieze de o bună îngrijire medicală.

D. Ministru a vizitat apoi Serviciul Sanitar al oraşului Reşiţa, organizaţia sanitară a Soc. U. D. R. de sub conducerea D-lui *Dr. Belu*, care va începe în curând o acţiune de depistare a diferitelor boli sociale şi profesionale ale muncitorilor, şi Dispensarul Casei Centrale a Asigurărilor Sociale.

La *Anina*, D. Ministru a vizitat Spitalul din localitate al Asigurărilor Sociale condus de *D. Dr. Bacaloglu*, care desfăşoară o frumoasă activitate pe tărâm medical şi social. Serviciul Sanitar al Circ. *Anina* — Steierdorf instalat în bune condiţiuni are un randament important.

D. Ministru a vizitat apoi Sanatoriul de T. B. C. *Marilla*, care a fost început în 1938 şi nu a fost încă terminat. Acest sanatoriu este absolut necesar pentru îngrijirea muncitorilor bolnavi de tuberculoză pulmonară, destul de numeroşi în regiune. Dealtminteri acest sanatoriu de T. B. C. ar fi singurul din Banat şi întrucât are o capacitate de 400 de paturi ar putea contribui mult la acţiunea de combatere, prevenire şi tratare a acestei boale.

Cu prilejul vizitei D-sale în aceste regiuni industriale ale ţării, D. Ministru a avut o consfătuire cu d-nii: *Marcel Pop*, Director General al Soc. U. D. R., *col. Teodoreanu*, Prefect al judeţului Caraş, *D. Manciu*, Director al Soc. U. D. R., *Dr. V. Bellu*, şef al organizaţiei sanitare a Soc. U. D. R., spre a se examina măsurile ce trebuesc luate pentru asigurarea unei bune stări sanitare a muncitorilor.

Soc. U. D. R. prin reprezentanţii săi au arătat o largă înţelegere faţă de problema sănătăţii lucrătorilor din regiunea Reşiţa, şi au promis tot sprijinul lor moral şi material pentru ca

instituţiile sanitare dela Reşiţa şi dela Marilla să poată funcţiona chiar în anul acesta. D. Ministru a exprimat mulţumirile sale D-lui Director General Marcel Pop pentru spiritul de solidaritate socială şi de ajutorare a muncitorimei de care acutalii conducători ai Societăţei U. D. R. dau dovadă contribuind sa asigurarea unei bune stări sanitare a lucrătorilor săi.

D-sa şi-a exprimat regretul că predecesorii lor nu s'au preccupat la timp, de această problemă.

D. Ministru s'a îndreptat apoi spre *Oraviţa*, unde a inspectat Spitalul de Stat din localitate, care funcţionează în bune condiţiuni sub conducerea d-lui *Dr. Danicico*. Aici D. Ministru a dispus ca să se creeze o farmacie centrală a spitalului, şi ca Secţia de Maternitate să aibă un randament mult mai mare.

Au fost inspectate apoi Serviciul Sanitar al Judeţului Caraş şi Serviciul Sanitar al Oraşului Oraviţa.

La Prefectura Judeţului a avut loc o conferinţă cu D. Prefect al judeţului şi medicii oficiali, unde s'au discutat problemele sanitare ale judeţului şi îmbunătăţirile ce trebuesc aduse instituţiilor spitaliceşti. Cu acest prilej s'a cerut insistent de către preşedintele Colegiului Medicilor din judeţul Caraş, D. *Dr. Danicico*, punerea în funcţiune grabnică a Sanatoriului Marilla, absolut necesar tratării bolnavilor tuberculoşi, şi terminarea Spitalului Reşiţa.

Insoţit de D. Prefect al Judeţului Caraş, D. Ministru a inspectat apoi Spitalul mixt din comuna Bozovici şi dispensarul din comuna Prigor.

JUDEŢUL MEHEDINŢI

La *Turnu-Severin*, D. Ministru a inspectat Spitalul de Stat, care are un randament mare. Organizaţia bună a spitalului va trebui complectată printr'un serviciu de consultaţii medicale.

JUDEŢUL ROMANAŢI

D. Ministru a inpectat Spitalul *Corabia*, unde a luat măsuri ca să se amenajeze un serviciu de izolare a bolilor contgioase şi să se efectueze în timpul cel mai scurt posibil toate lucrările de reparare şi amenajare.

La *Caracal* D. Ministru a inspectat Spitalul de Stat, care a fost mult îmbunătăţit în ultimul timp şi unde s'au făcut amenajări importante, dar a cărui capacitate va trebui crescută.

D. Ministru a inspectat deasemenea Aşezământul pentru ocrotirea bătrânilor din comuna Brâncoveni şi dispensarul medical din comuna Izbiceni.

JUDEŢUL OLT

Spitalul de Stat din *Slatina* organizat în bune condiţiuni sub conducerea d-lui *Dr. Chiţulescu*, funcţionează cu un randament mare. Această instituţie a fost deasemenea mult îmbunătăţită în ultimul timp.

Constatării asupra instituţiilor sanitare din judeţele Hunedoara, Bihor, Alba şi Turda

In zilele de 17, 18, 19, 20 şi 21 August, *Doamna Mareşal Antonescu* a vizitat judeţele Hunedoara, Bihor, Alba şi Turda.

In această călătorie Domnia-Sa a fost întovărăşită, între alţii, de d. d-nii miniştri Prof. *dr. P. Tomescu* şi dr. *C. Dănulescu*.

Cu acest prilej, d. Ministru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale a vizitat instituţiile sanitare, făcând următoarele constatări:

JUD. HUNEDOARA

Prefectul judeţului, d. Colonel *Dumitrescu*, a reuşit să construiască, prin mijloacele locale, o sută cincisprezece băi populare în mediul rural.

Ministerul Sănătăţii a dat instalaţiile necesare pentru o sută de băi şi va mai da încă 15, astfel ca până în toamnă toate vor fi puse în funcţiune.

Au fost vizitate băile din comunele: Maria Orlea, Puiu şi Băiţa.

Bine construite, acoperite cu ţiglă şi înconjurate de grădini frumoase, aceste băi populare sunt o podoabă a satelor din judeţul Hunedoara.

Domnul Ministru a vizitat dispensarul în construcţie de la Haţeg şi mai multe circumscripţii sanitare din judeţ.

La *Lupeni* a vizitat ncul spital care s'a inaugurat în prezenţa *Doamnei Mareşal Antonescu*.

Spitalul a fost început de Societatea Petroşani şi cedat apoi Casei Asigurărilor Sociale care l'a terminat în cele mai bune condiţiuni.

Spitalul are două secţiuni de Chirurgie şi de Medicină internă, Radiologie şi Laborator.

La *Petroşani* s'a vizitat Spitalul Asigurărilor Sociale, foarte bine organizat, care a fost mărit în ultimul timp prin ridicarea unui nou etaj.

La *Brad* s'a inaugurat, în prezenţa *Doamnei Mareşal Antonescu*, Sanatoriul pentru îngrijirea tuberculozei, construit într'o poziţie pitorească de Soc. Mica de sub prezidenţia d-lui inginer *Gigurtu*.

Hotărîrea luată acum 16 ani de Soc. Mica şi realizată în condiţii atât de bune, merită toate elogiile.

Sanatoriul a fost cedat în anul 1941 Casei Asigurărilor Sociale care l'a terminat, l-a dotat cu mobilierul şi materialele sanitare de care avea nevoe şi l-a organizat sub conducerea d-lui dr. *Iliescu*, un tânăr şi entuziast specialist.

La *Baia de Criş* a fost vizitat Spitalul mixt din această localitate.

JUD. BIHOR

Domnul Ministru al Sănătăţii a vizitat spitalul din *Beiuş*, dând dispoziţii pentru reorganizarea lui şi mărirea capacităţei lui de ospitalizare.

La *Beiuş* se va concentra la spital întreaga organizaţie sanitară locală, idee care va trebui realizată în toate oraşele din ţară.

In adevăr, un serviciu de consultaţii, un ambulator policlinic, nu poate funcţiona mai bine decât în cadrul unui mare spital, întrucât găseşte acolo toate serviciile de care are nevoe: Radiologie, Farmacie şi în unele localităţi, Laborator de analize biologice.

In afară de aceasta, bolnavii gravi sunt imediat internaţi în spital. Iar bolnavii cari părăsesc spitalul pot continua tratamentul început, dacă mai au nevoie, la Ambulatorul policlinic.

JUD. ALBA

La *Abrud* a fost vizitat spitalul foarte bine organizat, unde d. dr. *Andreoiu* desfăşoară o frumoasă activitate chirurgicală.

JUD. TURDA

La *Baia de Arieş* a fost vizitat spitalul mixt, foarte bine condus de d. *dr. Crişan*.

In judeţ s'au vizitat mai multe circumscripţii rurale.

La *Turda* s'a vizitat spitalul statului, care a fost complect refăcut sub conducerea activă a d-lui dr. *Cenariu*, medic primar director.

La *Albac* s'a inaugurat, în prezenţa *Doamnei Mareşal Antonescu*, dispensarul construit în ultimii doi ani, de Ministerul Sănătăţii.

A fost o sărbătoare populară înălţătoare. Noua construcţie este foarte frumoasă şi cuprinde: Dispensarul, o maternitate, bae şi locuinţă pentru medic.

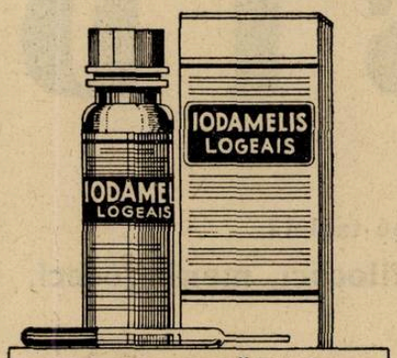
* * *

In general starea sanitară din judeţele din Ardeal este bună iar spitalele sunt într'un foarte mare progres.

IODAMELIS
LOGEAIS

PUTERNIC REGULATOR AL NUTRIȚIUNII
REDUCTOR AL SCLEROZELOR — STIMULENT AL SCHIMBURILOR

O TRIADĂ DE SYNDROME
O SINGURĂ MEDICAȚIUNE



20-50 PICĂTURI
la cele două mese

•

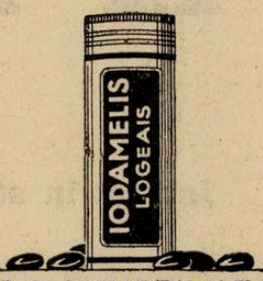
MALADII
ALE CIRCULAȚIUNII

•

TURBURĂRI
UTERO-OVARIENE

•

MALADII
ALE NUTRIȚIUNII



2-6 COMPRIMATE
pe zi

OPO-IODAMELIS
LOGEAIS

DISENDOCRINII
ALE TINEREI FETE ȘI ALE FEMEII
PUBERTATE — MENOPAUSĂ
OBEZITATE

•

ASTENII ALE VÂRSTEI MATURE
OBEZITATE
SENILITATE

ASOCIAZĂ
PROPRIETĂȚILE STIMULANTE
ALE IODOTANINULUI DIN
IODAMELIS, CU ACȚIUNEA
SPECIFICĂ A ORGANO-TERAPIEI
MASCULINE SAU FEMININE

•

FORMULA „F"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Ovar	0 gr. 05
Ante-ipofiză	0 gr. 005
Benzoat de dihidro-foliculină	40 U. I.

In comprimate drageifiate

FORMULA „M"

Iodotanin din IODAMELIS	0 gr. 10
Orchitină	0 gr. 10
Ante-ipofiză	0 gr. 005

Eșantioane și literatură la cerere:

LABORATOIRES JACQUES LOGEAIS - ISSY-LES-MOULINEAUX - PARIS

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R. Str. Sft. Ionică No. 8, București I.

fabrica de produse chimice
gedeon richter

București V,
Str. Logofătul Tăut No. 99
Telefon 5.69.03

Preparat sulfamidat

AMBESID

TABLETE

Conținând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tabletă.

Indicat în stările de infecțiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi, gonococi și colibacili.

FERCUPAR

TABLETE

(Fer, cupru, ficat, vitamină B.)

Indicat în toate anemiile și în reconvalescență.

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 1000, 300 și 1000 Unități internaționale.

Fiole de 100 Unități internaționale, în soluție apoasă.

Fiole de 100, 10.000 și 50.000 unități internaționale în soluție uleioasă.

«EMINESCU» S. A. R. București, str. Ing. Anghel Saligny 2 Tipărită la 1 Septembrie 1942

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)
Cutii a 10 fiole a 2 cc.
Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*
Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.
Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubouchard — Paris
Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu
Medicament aliment, gust plăcut.
Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică
In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.
Sec. Prof. WIECHOWSKY
Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%
Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.
Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.
Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).
Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*
Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.
Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.
Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
conţin săruri veritabile de Vichy
Cutii a 12 pachete
1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor
Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin St. Maur (France)
Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.
Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.
Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

BIOLACTYL

PREZENTARE

1. Cultură lichidă (cutii cu 2 şi 6 flacoane de câte 60 gr.)
2. Cultură uscată (tuburi cu 30 şi 60 comprimate).

INDICAŢIUNI PRINCIPALE

PUTREFACŢIILE INTESTINALE ŞI AUTO-INTOXICAŢIILE SECUNDARE

Toate enteritele, diareile infecţioase, tiflitele, peritiflitele şi apendicitele cronice sau sub-acute, disenteria, parazitoze intestinale, dermatozele cu punct de plecare intestinal (eczemă, prurigo, urticarie scrofulus), turburări nervoase prin auto-intoxicaţii, ameţeli, (migrene, insomnii, dureri de cap), etc. şi în sfârşit, colibaciozele.

INDICAŢIUNI SECUNDARE

Afecţiuni ginecologice: **Vaginite, scurgeri purulente (chiar în timpul sarcinei), plăgi infectate vulvare, vaginale sau cervicale, în lehuzie sau naşteri grele.**

Bulionul lactic se prepară imediat înainte de întrebuinţare, amestecând cultura lichidă cu lactoză.

Afecţiuni urologice: **In cistite; instilaţiuni cu BIOLACTYL.**

Tratamentul plăgilor: **In pansamente umede, BIOLACTYL are o remarcabilă acţiune bactericidă şi cicatrizantă.**

MODUL DE INTREBUINŢARE

CULTURA LICHIDA: Doza mijlocie, un flacon pe zi (câte $^1/_2$ flacon înaintea celor două mese principale). CULTURA USCATA: 4–8 comprimate pe zi. Este recomandabil a se lua cu o bucată de zahăr sau *apă zaharată*, deoarece astfel desvoltarea intra-intestinală a acidului lactic născând este considerabil favorizată.

LABORATOIRES FOURNIER FRÈRES – PARIS

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Strada Toamnei, BUCUREŞTI III. Telefon 2.21.38

Anul XX No. 18 — 15 Lei Exemplarul — 15 Septembrie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALA
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Ţovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUA
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

CRONICI

Prof. Dr. P. TOMESCU: *Medicii specialişti ai României* 233

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. ALEXANDRU N. POPOVICI: *Şocul la răniţii de război* . . . 234

Dr. VIRGIL POPOVICIU: *Autohemoterapia în traumatismele oculare* 237

Pagina

Conf. Dr. ION GAVRILĂ şi SMARANDA CADARIU: *Consideraţiuni asupra formelor clinice localizate de tetanus* 239

Dr. HORIA SLOBOZIANU şi Dr. L. N. NERARŢIU: *Mortinalitatea şi mortalitatea infantilă precoce* . 240

Dr. I. GHEORGHIU şi Dr. P. BALMUŞ: *Contribuţiuni la studiul eosinofiliilor familiare constituţionale.* 241

Pagina

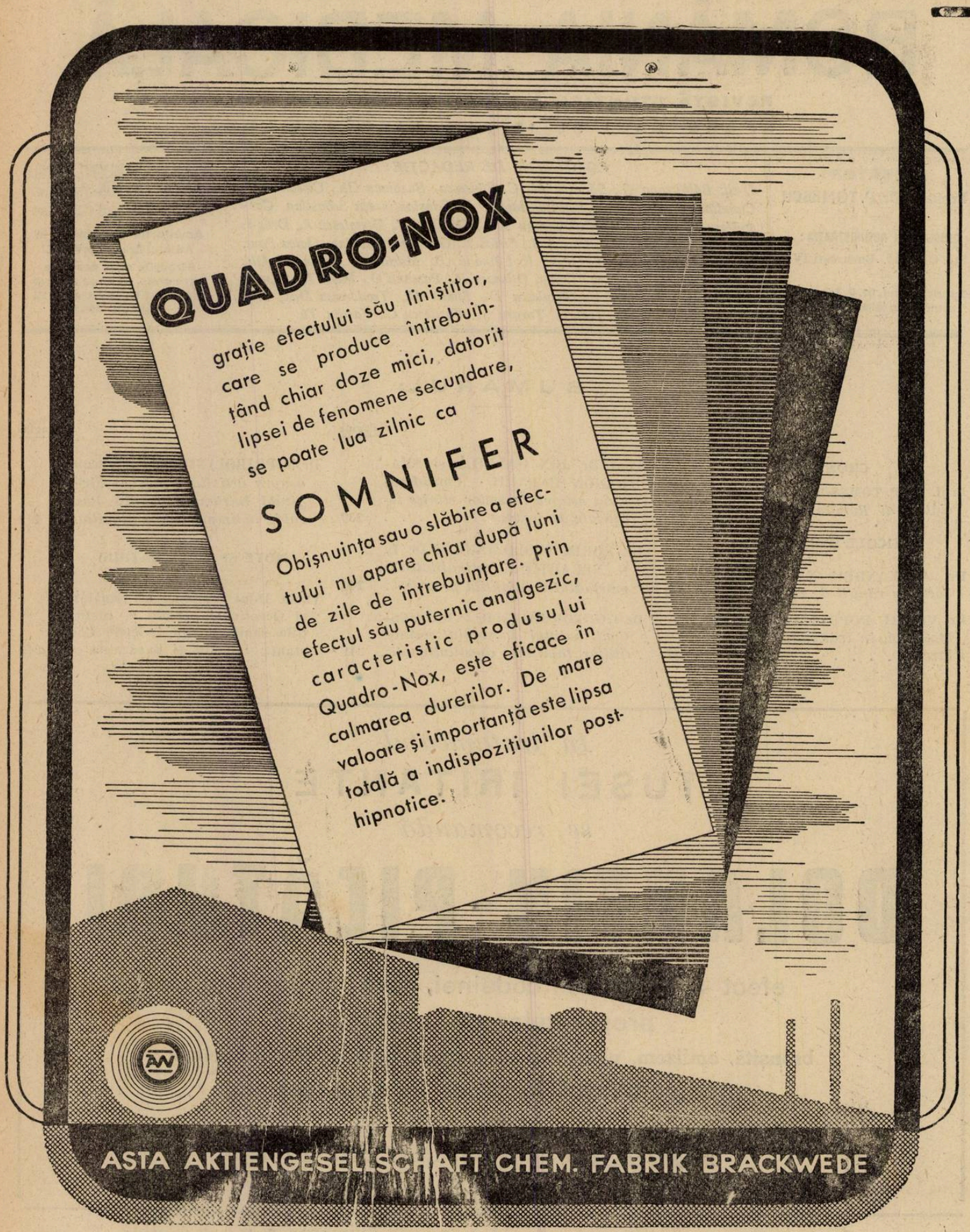
Dr. M. PRIBOIANU: *Darea de seamă asupra activităţii medico-chirurgicală într'un spital din Basarabia în timpul stagiului militar.* 242

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Vizita D-lui Ministru al Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale la instituţiile sanitare din judeţele Constanţa, Ialomiţa şi Basarabia . . 244

In tratamentul
TUSEI IRITANTE
se recomandă
DOLANTIN-PICĂTURI
efect asemănător codeinei, fără turburările
preparatelor de morfină
bronşită, emfizem, pleuritis, pneumonie, tuberculoza laringeană
medicamentul încercat în tusa copiilor
»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R., Bucureşti I.
Str. Brezoianu 53. Tel. 3.92.86.



Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sf. Ionică No. 8, București

PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

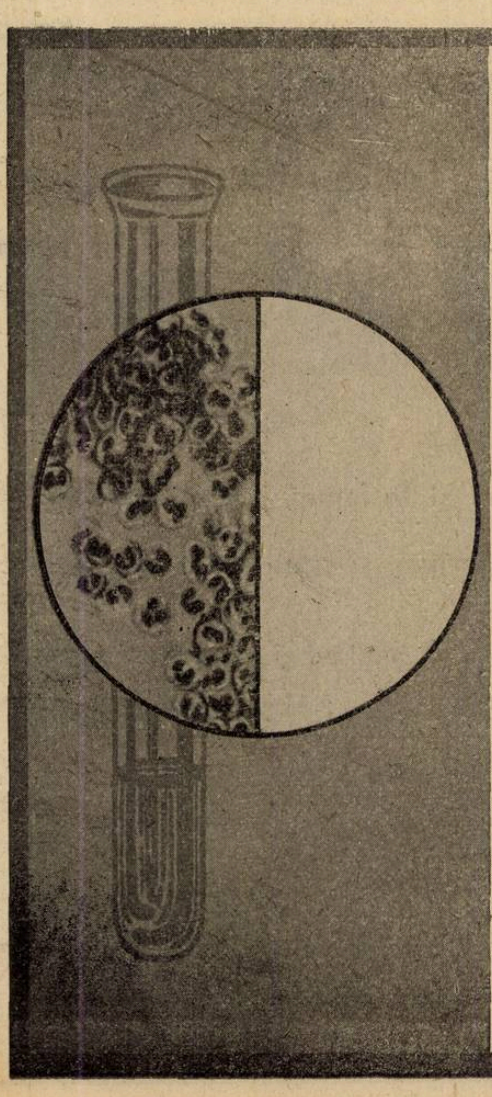
conține principiul choleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



ANTISEPTIC, URINAR ȘI GENERAL

NEOHEXAL

în toate procesele infecțioase ale căilor urinare,
precum și în gripe și răceli

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

1/2–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	1/2 – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

Anul XX No. 18 15 Lei Exemplarul 15 Septembrie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Medicii specialişti ai României

de Profesor Dr. P. TOMESCU
Ministrul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale

Până la 15 Martie 1941, organizaţia sanitară de Stat nu avea un tablou exact al medicilor din ţară şi nu cunoştea situaţia nici numeric, nici calitativ.

Deaceea am considerat absolut necesar să facem în primul rând, un recensământ general al medicilor şi să dăm la lumină Anuarul în care am publicat datele necesare pentru o primă orientare asupra membrilor corporaţiunei noastre.

Aceasta nu era însă suficient pentru o cunoaştere mai profundă a posibilităţilor pe care medicina românească le are în acest moment.

De aceia am socotit absolut necesar ca prima lucrare a înregistrării tuturor medicilor, să fie urmată de o a doua, care urmăreşte să fixeze specialiştii pe a căror competenţă se poate conta în diferite ramuri ale medicinei.

In acest scop, am apelat la cei mai incontestabili reprezentanţi ai specialităţilor medicale, cari au triat, ţinând seama de stagii, de merite, de reputaţie şi de competenţă, pe toţi acei cari se pot socoti specialişti.

Rezultatul acestei lucrări laborioase a apărut într'un volum editat de Ministerul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale.

Mulţumind călduros tuturor membrilor comisiunilor pentru munca lor rodnică, ţin să arăt că această primă ediţie a Anuarului Medicilor specialişti, o supunem discuţiunei publice pentru a îndrepta eventualele erori şi omisiuni cari s'ar fi putut strecura.

De aceia rugăm pe toţi colegii noştri să cerceteze situaţia creată prin Anuar fiecărui medic.

Cei omişi *sunt îndreptăţiţi să arate comisiunilor instituite de Minister, titlurile şi activitatea în baza cărora doresc să obţină titlul de specialist.*

In acest scop vor înainta Ministerului Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale un memoriu amănunţit în cursul lunilor Septembrie sau Octombrie.

Dacă medicii vor constata unele erori, *posibile, îi rugăm să le semnaleze Ministerului care va proceda, prin aceleaşi comisiuni, la o revizuire a celor cari pe nedrept au fost admişi printre specialişti.*

Intre 1 şi 15 Noembrie comisiunile vor examina toate cererile şi contestaţiunile. După aceia, lucrarea va rămâne definitivă.

Totdeodată se va legifera această lichidare a trecutului, stabilindu-se norme precise pentru acordarea titlului de specialist, în viitor.

Prin aceste măsuri, urmărim nu numai o orientare a marelui public în domeniul practicei medicale, dar dorim ca organizaţia sanitară de Stat să cunoască în mod precis, specialiştii pe cari se poate bizui, atât în timp de pace cât şi în timp de război.

* * *

Această operaţiune are însă şi un al treilea scop: Formarea specialiştilor de care ţara are nevoe nu mai poate fi lăsată la iniţiativa individuală, în mecanismul căreia intră desigur şi alte considerente decât acelea cari stau la baza nevoilor sanitare ale ţării.

De aceia am crezut absolut necesar să întocmim un plan de desvoltare a organizaţiei sanitare a Statului care va fi publicat în curând.

Pentru ca acest plan să poată fi urmărit şi aplicat va fi nevoe în primul rând, *de medici specialişti cari să încadreze noulle instituţii ce trebuesc întemeiate.*

Pregătirea lor nu mai poate întârzia. Un efort maxim trebue făcut în această direcţie, întrucât este mai greu şi se cere, în orice caz, mai mult timp pentru a se prepara un bun specialist, decât pentru clădirea unei instituţii medicale.

Ţinând seama de specialiştii pe cari îi avem şi cari sunt trecuţi in Anuarul Ministerului Sănătăţei, trebue să procedăm imediat la pregătirea celor cari ne lipsesc.

In acest scop s'a legiferat în 1932, organizarea unui învăţământ de specializare la Facultăţile de Medicină.

Deşi au trecut 10 ani, el nu a putut lua fiinţă decât pentru două specialităţi: stomatologie şi radiologie.

Aceasta dovedeşte că pentru toate celelalte specialităţi trebue aplicată altă metodă.

Ministerul Sănătăţei şi Ocrotirilor Sociale socoteşte că cel mai sigur mijloc pentru pregătirea unui bun specialist, — este stagiul de secundariat.

De altfel prin această metodă s'a pregătit marea majoritate a specialiştilor noştri de azi.

De aceia s'au ţinut în anii 1941 şi 1942 în plin război, concursurile de medici secundari cari au fost suspendate în dauna desvoltării operei de asistenţă medicală, în anii 1939 şi 1940.

La concursurile din anii 1941 şi 1942, au intrat în stagiu 207 medici secundari.

In anii viitori se vor creia mai multe locuri de medici secundari la specialităţile unde lipsa este mai mare: puericultură, obstetrică, tuberculoză, boale venerice, stomatologie, radiologie şi laborator de analize.

Urmărind aceiaşi ideie de promovare a specialiştilor, în primăvara anului 1942, Ministerul Sănătăţii a ţinut concursurile de medici primari la cari au fost promovaţi 75 specialişti.

* * *

Incheind această scurtă expunere, ţin să arăt că atât numărul total al medicilor români cât şi al specialiştilor este mai mic decât acela de care are nevre organizarea sanitară a Statului. De aceia se fac toate eforturile pentru a mări numărul medicilor şi al specialiştilor.

Trebue însă să subliniez că medicii români au ştiut să înlocuiască numărul, prin calitate.

Printr'o pregătire temeinică, printr'o muncă entuziastă. care a mers deseori până la sacrificiu, medicii noştri au făcut faţă cu succes marilor dificultăţi ale vremurilor.

Lupta victorioasă în contra epidemiilor de război, atât de ameninţătoare, perfecta îngrijire dată răniţilor ca şi asigurarea unei bune asistenţe medicale a populaţiei civile, sunt fapte care onorează nu numai corporaţiunea noastră, dar şi neamul care poate da, într'un moment istoric, — profesionişti atât de capabili şi de patrioţi.

De aceia ţin să aduc în numele Guvernului, — medicilor specialişti, ale căror nume sunt înscrise în Anuarul, editat de Ministerul Sănătăţei, — elogiile cele mai călduroase şi omagiile cele mai cordiale pentru partea însemnată ce au luat şi iau, în lupta de desrobire naţională în care ţara este angajată.

SOCUL LA RANIȚII DE RĂSBOI

de Dr. ALEXANDRU N. POPOVICI
Chirurg Primar, fost asistent la Facultatea de Medicină din București

Rănitul de războiu este un traumatizat, prezentând întotdeauna fenomene de şoc, mai mult sau mai puţin accentuate.

Eforturile comune, depuse de clinicieni, oameni de laborator şi chirurgi — în vederea descifrării mecanismului de producere a acestei stări post-traumatice — au dus la concluziuni preţioase de ordin terapeutic — scop final al tuturor străduinţelor.

Astăzi, mai mult ca oricând, se impune o revizuire succintă a cunoştinţelor ce le avem asupra şocului.

In stadiul actual al cercetărilor, **şocul sau colapsul**, nu este altceva decât **manifestarea clinică a insuficienţei circulatorii periferice**: inima dreaptă nu mai primeşte cantitate suficientă de sânge, **afluxul venos devine insuficient.**

Acest fapt are drept consecinţă o **micşorare a debitului cardiac şi deci o irigaţie insuficientă a ţesuturilor.**

MECANISMELE, cari determină această stare sunt două şi anume:

1. **Micşorarea volumului sângelui circulant;**

2. **Mărirea patului vascular.**

In primul caz se **pierde massa circulantă; sânge** sau **plasmă. Această pierdere de lichid** constitue **factorul** determinant în **producerea stărilor de şoc.**

In al doilea caz lărgirea patului vascular aduce **stagnarea sângelui periferic — sângerare în propriile sale vase.**

Cari sunt elementele generatoare?

Părerile sunt împărţite:

A. **MICŞORAREA MASSEI SANGUINE** prin hemoragii mai mult sau mai puţin masive.

In aceste cazuri, la început debitul cardiac suferă prin lipsa de lichid, dar tensiunea se menţine prin mecanismul vazo-constrictor. Mai târziu, scade şi presiunea sanguină prin epuizarea centrului vazo-motor.

B. **INSUFICIENŢA MECANISMULUI VENO-PRESOR** (HENDERSON).

Hipotonia muşchilor **voluntari** şi respiratori, favorizează stagnarea sângelui la periferie, prin lipsa aspiraţiei sângelui venos spre inima dreaptă.

C. **PARALIZIA VAZO-MOTORILOR**, care produce o vazodilataţie periferică cu stagnarea sângelui în capilare: **Sângerare în propriile sale vase!**

S'a observat însă că:

1. Vasele superficiale sunt contractate, pielea este rece.

2. Deasemeni, vasele splanchnice sunt contractate — intestinul şi peritoneul apar palide.

Vazodilataţia este un fenomen terminal, datorit epuizării centrului vazo-motor.

Mecanismul vazo-constrictor funcţionează la început ca factor de adaptare pentru menţinerea tensiunei, dar mai târziu urmează paralizia lui, dacă starea de şoc continuă şi nu este combătută.

Sunt cazuri în care **paralizia**, fie a centrilor, fie a căilor vazo-motorii se instalează **dela început** sub influenţe diferite:

1. Reflexe pornite din seroase: contuzii puternice adbominale, toracice, reg. genitale, etc;

2. Traumatisme directe ale centrilor cranieni sau rachidieni;

3. Acţiunea inhibitoare a scoarţei: emoţia, frica, determinate de explozii, etc.

4. Durerea.

Deasemenea, **vazodilataţia paralitică**, poate fi provocată şi prin **acţiune directă asupra vaselor**, datorită mai ales toxinelor microbiene.

D. **DESCREŞTEREA VOLUMULUI SANGELUI CIRCULANT.** (BLALOCK, GOLWITZER, MEIER). Mecanismul este identic cu cel ce acţionează în şocul hemoragic: **pierdere de massă circulantă.** In acest caz este vorba însă, de **extravazarea plasmei.** Şi aci, tensiunea se menţine la început, prin mecanismul vazo-constrictor, care apoi cedează, dacă starea de şoc persistă şi lichidul pierdut nu este înlocuit.

In sprijinul acestei ipoteze pledează rezultatele excelente terapeutice, obţinute în această formă de şoc, prin mijloace cari măresc volumul sângelui circulant.

Cărui fapt se datoreză **extravazarea plasmei?**

Acţiunei locale sau generale a unei substanţe toxice, care se resoarbe dela nivelul plăgii. Toxemia traumatică a lui QUENU, CANNON.

Substanţa toxică incriminată ar fi **histamina**, care experimental s'a dovedit a fi o substanţă depresoare şi vazodilatatoare. Secundar, prin stagnarea sângelui se produc leziuni degenerative ale pereţilor vasculari, cari favorizează procesul de transudare a plasmei KROGH.

Timpul necesar pentru resorbirea substanţei toxice explică perioada latentă în şocul traumatic secundar.

Trebue remarcat însă, că unele experienţe contestă rolul histaminei.

Astfel transfuzia de sânge făcută de la un câine traumatizat, ridică tensiunea altui câine primitor care şi el se găseşte într'o stare de hipotensiune provocată tot printr'un traumatism experimental. Dacă admitem prezenţa unei substanţe depresoare în sângele unui animal traumatizat, în nici un caz nu s'ar fi putut obţine o ridicare a tensiunei, prin transfuzia acestui sânge.

După HARRISON, insuficienţele circulatorii periferice trebuesc privite astfel:

a) **Tipul** de colaps vascular datorit micşorării volumului sângelui circulant, denumit de el **colaps hematogen.**

b) **Tipul** de colaps datorit măririi patului vascular, care cuprinde la rândul său **două varietăţi:**

1. **Colapsul neurogen,** în care se produce o vazodilataţie datorită **micşorării tonusului vazo-constrictor,** prin intermediul **sistemului nervos;**

2. **Colapsul vazogen,** unde acest proces ia naştere prin acţiunea unor factori, influenţând **direct vasele.**

Se înţelege că toate varietăţile de şoc, pe cari le observăm în practica noastră, nu pot fi cuprinse în schema rigidă, expusă mai sus; sunt cazuri unde mecanismele de producere se pot combina. Totuşi încadrarea în această clasificare a diferitelor forme de colaps — pe care le vedem la răniţii de războiu — ne va da indicaţiuni preţioase de ordin terapeutic.

* * *

Cari sunt tipurile de şoc, pe care le întâlnim practic în chirurgia de război?

I. **ŞOCUL HEMORAGIC.** In aceste cazuri este vorba de un colaps de **tip hematogen,** adică datorit **micşorării volumului circulant al sângelui.** Tensiunea nu scade brusc dela început, dar suferă debitul cardiac. Inima compensează deficitul debitului prin acceleraţia pulsaţiilor, iar tensiunea este menţinută prin acţiunea compensatoare a mecanismului vazo-constrictiv. Dacă starea aceasta continuă, se produce — secundar — scăderea tensiunei prin epuizarea centrului vazo-motor.

II. **ŞOCUL TRAUMATIC,** care la rândul lui este de **două feluri:**

a) **Şocul primitiv** instalat imediat după rănire, fără a avea **o perioadă latentă. Tensiunea** este scăzută **brusc dela început.** Această formă de şoc, se încadrează în tipul **neurogen.** Apare mai ales în urma contuziunilor toracice abdominale, genitale, craniene, rahidiene sau în urma emoţiilor, provocate de explozii, etc.

Noua etapă a terapeuticei sulfamidate

THIAZOMIDE

2090-R.P. SULFATHIAZOL

PRODUS POLIVALENT BINE TOLERAT DE ORGANISM

GONOCOCI - COLIBACILI
PNEUMOCOCI-MENINGOCOCI
STREPTOCOCI - STAFILOCOCI

Intrebuințarea Thiazomidei reduce numărul sulfamido-intoleranților și permite tratamente de scurtă durată cu posologii mai ridicate.

TUB CU 20 COMPRIMATE DE 0,50 GR.
Doza inițială zilnică: 4 la 8 grame

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE SPECIA MARQUES POULENC FRÈRES & USINES du RHÔNE
21, RUE JEAN GOUJON • PARIS • VIIIe
Propaganda Medicală „SPECIA" Str. Anastasie Simu, 6 — București (III)

In stări de extenuare, slăbiciune
și inapetență, precum și în convalescență

TONICUM »Bayer«

Ameliorează tabloul sanguin, tonifică sistemul nervos, mărește forța vitală și sporește pofta de mâncare

Tonicum »Bayer« este luat cu plăcere de adulți și copii.

Flacon cu cca. 80 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

«ROMIGEFA» S. A. R. București Str. Brezoianu Nr. 53

b) **Şocul secundar**, apare după o perioadă **de latenţă**. Leziunile cari îl produc se însoţesc adesea de hemoragii. Data apariţiei lui variază. După **Quenu şi Delbet** ar fi un interval de 30 minute, în care timp se produc rezorbţiile toxice, atât instalarea, cât şi graviatea şocului, ţin de mai mulţi factori:

1. **Reacţia individuală.** Experienţele lui **Cannon, Cornioley, Kotzareff,** au arătat variabilitatea timpului de apariţie a şocului la diferite animale: la pisică pare după 20': la câine mult mai târziu. In schimb epurele şi cobaiul sunt foarte sensibili.

2. **Multiplicitatea plăgilor.**

3. **Transportul şi mobilizarea focarului.**

4. **Starea generală** a rănitului (obosit, denutrit, etc.) Ceeace primează în această formă de şoc, este tot o descreştere a massei circulante prin transudaţia plasmei în ţesuturi, sub influenţa probabilă a unei substanţe toxice de tipul histaminei. In consecinţă această formă de colaps se încadrează — **după Harrison** — în tipul de **colaps hematogen**, ca şi cel hemoragic. Ceea ce îl deosebeşte de **şocul hemoragic** este faptul că în acest din urmă, sângele este **diluat**, pe când în **şocul secundar traumatic**, sângele este **concentrat**, prin pierderea plasmei, pierderea de lichid.

Se deosebeşte de **şocul primitiv**, care apare **brusc**, cu **scădere mare a tensiunei**, prin faptul că **fenomenul iniţial în şocul secundar** îl constitue **pierderea de lichid**, pe când în **cel primitiv**, primează paralizia **vazo-motorilor.**

Subliniem că **data apariţiei şocului** se socoteşte din **momentul traumatismului**, nu din momentul când rănitul este văzut de medic.

III. **ŞOCUL ARŞILOR** este un şoc de **tip hematogen** deoarece şi în acest caz se produce o concentrare mare a sângelui, valoarea hemoglobinei atingând uneori proporţia de 23%. Sângele circulant descreşte, pierderea de lichid ajungând uneori la 70% din volumul total al sângelui.

IV. **ŞOCUL INFECTAŢILOR** este provocat în mare parte prin acţiunea toxinelor mocrobiene, care alterează pereţii vasculari, ca şi în infecţiile acute. In felul acesta, se încadrează în tipul de colaps **vasogen.**

* * *

Expresiunea clinică a şocului provocat de traumatism, este aceea a colapsului vascular, mai mult sau mai puţin accentuat.

(1) Am consultat: **Agregat Dr. C. Iliescu: «De vorbă cu studenţii»** Partea II, 1942.

Şocatul prezintă următoarele simptome:

1- **Hipotensiune arterială** (care ajunge sub 80 mm. mercur) cu puls slab şi frecvent.

2) **Hipotensiune venoasă** (sub 3 cm. apă). **Venele** sunt **colabate.** După **Fischberg** acest semn este **patognomonic.**

3) **Hipotermie** cu extremităţi reci şi pielea acoperită de sudori reci. Această hipotermie s'ar explica prin:

a) Diminuarea oxidaţiilor tisulare; b) Evaporarea sudorii; c) Supraventilaţie pulmonară, prin respiraţie accelerată şi superficială.

4- **Faţa palidă-cenuşie, cu pielea corpului marmorată.** Acest aspect este provocat de umplerea inegală a reţelii vasculare periferice.

5) **Respiraţia** superficială şi accelerată.

6- **Embriocardie.**

7) **Apatie cu sensorium f. redus.** In unele cazuri bolnavul este agitat, în forma de şoc denumită eretică — **Travers.**

8) **Oligurie** şi consecutiv **azotemie** şi **acidoză.**

9) Uneori **hiperglicemie**, prin hipersecreţie adrenalinică, secretată în vederea vazo-constricţiei arteriale.

După expresia lui **Crile:** pacientul îşi trădează dramatic simptomele şi se diagnostichează singur.

* * *

Cum trebue să procedăm în atari împrejurări ?

Trebue să **stabilim dela început:**

a) Instalarea şocului; b) Gravitatea lui; şi c) Forma sa clinică.

Pentru aceasta ne conducem după:

I. **ANAMNEZA** leziunei şi anume:

a) Apariţia bruscă după traumatism. La contuzionaţi sau la cei fără leziuni hemoragige şi **scăderea mare de tensiune** ne face să bănuim şocul traumatic primitiv de tip **neurogen.**

b) **Hemoragicul** şi **arsul** ne indică dela început forma şocului, care este de tip hematogen.

c) **Infectatul** prezintă şocul cu apariţie mai tardivă, declanşat în mijlocul fenomenelor infecţioase, forma şocului fiind de tip **vasogen.**

d). **Şocul traumatic secundar**, apare după o **perioadă de latenţă** la interval de 4—6 ore. Această formă de şoc o întâlnim des la răniţii de războiu şi este tot de tip hematogen.

II. **TENSIUNEA ARTERIALĂ: data instalării** şi **evoluţia** ei ne dau indicaţiuni preţioase asupra **tipului de şoc** precum şi asupra **gravităţii lui.**

III. **HEMOGRAMA** şi **DOZAREA HEMOGLOBINEI** — examene de cea mai mare importanţă — ne arată dacă este vorba de o **diluţie sanguină,** deci de un şoc **hemoragic** sau din contra dacă nu este o **concentraţie sanguină,** prin **pierdere de plasmă.**

Odată stabilite **forma şi gradul** şocului, trebue să aplicăm neîntârziat **terapeutica** adecuată, care să răspundă următoarelor deziderate:

1. **Complectarea massei circulante,** pierdută fie sub formă de hemoragie, sau de transudare de plasmă, — pierdere care constitue **factorul principal.**

2. **Susţinerea vazo-constrictorilor** cari prin paralizia lor duc la transudări de plasmă în ţesuturi.

3. **Atitudinea chirurgicală** ce trebue avută faţă de leziune, atitudine condiţionată de starea de colaps în care se găseşte rănitul în momentul operaţiei!

* * *

CUM APLICĂM TRATAMENTUL?

Iată elementele de care trebuie să ţinem seamă pentru ca intervenţia noastră să fie judicioasă:

I. In timpul de **colaps hematogen** (şoc traumatic secundar hemoragic), **ceeace ce trebue făcut în primul rând este readucerea la volumul normal al massei sanguine;** numai **după aceea** recurgem la **analeptice** vasculare. Tonusul vascular este menţinut la început, dar ceeace lipseşte este lichidul circulant. Analepticul administrat dela început, fără înlocuirea lichidului pierdut, nu are nici o valoare; după restabilirea massei sanguine, el combate oboseala centrului vazo-constrictor.

II. In tipul de **colaps neurogen** (şocul primitiv) din contra se administrează imediat **analeptice vasculare,** deoarece fenomenul **iniţial este paralizia vazo-motorilor** şi după aceasta se completează massa sanguină.

III. In tipul de **colaps vasogen** (infectaţii) se administrează analepticele vasculare, se completează massa sanguină şi ulterior tonificării vasculare, se face tratamentul focarului infecţios.

Ce **mijloace** avem la dispoziţie ?

A. **PENTRU COMPLETAREA MASSEI SANGUINE,** se va introduce lichid în cantitate mare, cantităţile mici nu aduc nici un folos. Aceste lichide se vor administra sub formă de:

a) **Transfuzie** indicată în **toate cazurile,** dar mai ales **în cazurile de şoc hemoragic.**

Se va face transfuzie direct dela doneuri sau sub formă de sânge conservat, foarte practic pentru formaţiunile sanitare înaintate. Cantitatea va fi de 400—500 cc. în caz de hemoragii mari, iar în celelalte cazuri cantităţi variind între 100—250 cmc.

b) **Ser fiziologic** — 8,50—9‰ — de preferat adrenalinat în proporţie de 1‰ în cantitate de 1—2—3 litri în 24 ore după caz şi introdus pe cale sub cutanată, intravenoasă sau rectală.

In cazurile grave, când tensiunea arterială scade sub 70 mm. mercur, se injectează ser fiziologic intravenos, cu viteza de 30 cmc. pe minut. Când pulsul şi tensiunea revin, viteza de injecţie va fi de 250—500 cmc. pe oră, controlând bine înţeles: plămânii, (edem) inima, rinichiul, infiltraţia-subcutanată. In majoritatea cazurilor se poate administra această cantitate de ser, fără nici o grijă deorece avem de-a face cu oameni tineri.

c) **Ser glucozat** în injecţiuni intrarectale (goutte à goutte) sau intravenoase (Sol. 5% isotonică ca sângele); are avantajul — mai ales la cei infectaţi — de a mări caloriile, a umple rezervele de glicogen hepatic şi a evita azotemia, cruţând proteinele prin oxidarea glucozei.

d) **Ser hipertonic clorurat,** cari dând în circulaţie o cantitate de clorur de sodiu, atrage apa din ţesuturi, aducându-o în massa circulantă.

Rănitul va lua şi **per os** cantităţi mari de **lichid,** 3—4 litri.

Tot în vederea ridicării massei sanguine s'a mai recomandat:

a) **Serul gomat a lui Bayliss,** care ar trece mai greu prin peretele capilarelor. Astăzi nu mai are aplicare.

b) **Serul clorurat, bicarbonatat cu hiposulfit de sodiu,** recomandat recent de **Binet** şi **Strumzo.**

Compoziţia este următoarea:

Clorur de sodiu	8 gr.
Bicarbonat de sodiu	1,40 gr.
Hiposulfit de sodiu	4 gr.
Apă	1000 cc.

Avantajele pe care le prezintă acest ser sunt:

a). ridică tensiunea arterială şi b). combate acidoza.

B. PENTRU TONIFICAREA VAZOCONSTRICTORILOR avem la îndemână următoarele analeptice:

a) **analaptice cu acţiune centrală:**

1. **Coramina, camforul** şi derivatul său **Cardiazolul,** au dat rezultate mai slabe;

2. **Cafeina,** analeptic vascular şi respirator, ridică tensiunea, dar **produce excitaţie nervoasă.** Se administrează 0,50 ctg. la 2—3 ore interval; în cazuri grave se face intravenos.

3. **Strichnina,** în doze de 3 mmgr. la 2—3 ore interval;

b) **Analeptice vasculare** sunt mai eficace, decarece:

a) acţiunea lor este mai prelungită; b). favorizează circulaţia de întoarcere.

Cele mai întrebuinţate sunt:

1. **Adrenalina:** 1/2—1 mmgr. sau intramuscular; în cazuri grave se injectează intravenos în cantitate mare de lichid 1 cmc, adrenalină, sol. 1‰ în 1000 cmc. ser. Are acţiune **trecătoare.**

2. **Efedrina,** are avantajul de a avea o acţiune mai prelungită.

3. **Sympatolul** 4, **supriffenul, veritolul, etc.**

Toate aceste medicamente se injectează repetat şi atât cât e nevoe până se scoate bolnavul din colaps.

c. **Analeptice cu acţiune combinată** (centrală şi periferică).

1. **Pressiul** (în armata franceză). 2. **Icoralul** (în armata germană). 3. **Veriazolul** (combinaţie de cardiazol şi veritol) care ne-a dat rezultate foarte bune în campania din vara şi toamna anului 1941.

Deasemeni, trebue subliniată acţiunea tonică vasculară foarte puternică şi de lungă durată a analepticului german: **pervitinul.**

d) **Substanţe endocrine** ca:

1. **Pitresina,** principiul vazoconstrictor al lobului posterior de hipofiză şi 2. **Cortina (Varangot)** extras din substanţă corticală a glandei suprarenale cu acţiune în **regularea volumului sanguin** — **Swingle** —, care este diminuat prin stagnare periferică.

Preparatele mai cunoscute: **cortigen, cortenyl, lipocorten,** etc., se administrează singure sau asociate cu analeptice.

Digitala, strofantina sau **Ouabaina** sunt **contra-indicate în stările de şoc,** din cauză că micşorează volumul sângelui circulant.

* * *

In afară de aceste **mijloace terapeutice fundamentale** ale stărilor de şoc, mai sunt o serie de mijloace **adjuvante, foarte de folos în astfel de împrejurări.**

1. Pentru **uşurarea afluxului venos** către inima dreaptă şi deci combaterea ischemiei cerebrale, **ridicăm picioarele patului,** astfel ca bolnavul să stea cu capul în jos.

2. Ajutăm **creşterea volumului sanguin circulant prin bandajarea extremităţilor inferioare şi compresiunea** plexurilor venoase subcapilare. Obţinem astfel o mărire a volumului până la un litru.

3. Combatem **hipotermia** prin încălzirea bolnavului cu sticle cu apă caldă, termofoare sau cearceafuri calde. Incălzirea nu trebue exagerată deorece creştem consumul de oxigen în ţesuturi şi producem vazodilataţie vătămătoare.

4. **Acidoza** este tratată prin următoarele **mijlcace:**

a). **Insulină** cu ser glucozat hipertonic intravenos;

b) Soluţii alcaline intravenoase «goutte à goutte»:

1). **Bicarbonat de sodiu** sol. 5% în doze de ½ gr. pe kgr. 2). **Lactat de sodiu (Hartmann):** lactatul este transformat în glucoză; ionul de sodiu se liberează, apărând în sânge sub formă de bicarbonat de sodiu- 3). **Adrenalină (Lawrence, Labbé).**

5). **Durerea** va fi combătută prin opiacee. Nu se va depăşi doza de 0,04 ctg. de morfină, deoarece se deprimă tonusul vazoconstrictor, deja suferind prin irigaţie insuficientă.

6. **Excitarea centrului respirator şi vagomotor** se va face — când este posibil — prin administrarea de carbogen (oxigen 93% şi bioxid de carbon 7%). Spitalele de campanie ar trebui să aibă câte un aparat mic Dröger.

7. **Oxigenoterapia** este indicată din două motive:

a) Pentru a combate scăderea oxigenului în sângele arterial — **Verne, Binet, etc.,** —; b) A lupta în contra turburărilor respiratorii datorite bronchospasmului histaminei.

Practic, oxigenoterapia îşi găseşte indicaţia, numai la răniţii **cu leziuni pulmonare.** Cianoza şocatului nu este datorită unei insuficienţe în ventilaţia pulmonară, ci acumulării de hemoglobină redusă în ţesuturi, din cauza stagnării sângelui în capilare.

Administrarea oxigenului se face astfel:

Gazul, captat dintr'un balon obişnuit este trecut printr'un aparat obişnuit de ser fiziologic în care se pune apă călduţă. Rănitului i se administrează prin ajutorul unei sonde Nelaton, introdusă pe cale nazală, până în faringe, sau cu masca. In felul acesta: oxigenul nu se poate pierde şi se evită uscăciunea pe care o produce.

Să nu se uite că trebue **evitată** orice **deplasare** a unui rănit şocat, până la completa remontare.

* * *

Insfârşit ultima problemă, pe care o ridică stările de colaps, este aceea a **atitudinei chirurgicale,** şi momentul când se poate efectua actul operator dictat de caz.

Quenu, Duval, admiţând concepţia toxemică a şocului, au formulat atitudinea intervenţionistă, cât mai rapidă, — chiar în stare de şoc, — pentru a suprima focarul generator de toxine. Discuţiunile au fost multiple şi părerile sunt încă împărţite. Astăzi însă, majoritatea chirurgilor sunt de părere **a se evita orice intervenţiune, până ce starea de şoc nu a fost învinsă.** A interveni în plin şoc, însemnează a mări şocul.

ELEUDRON

In afară de efectul specific contra infecțiunilor gonococice

rezultate excelente și în

disenterie
infecțiuni pneumococice
stafilococice și
meningococice

Resorbție și eliminare rapidă și completă.

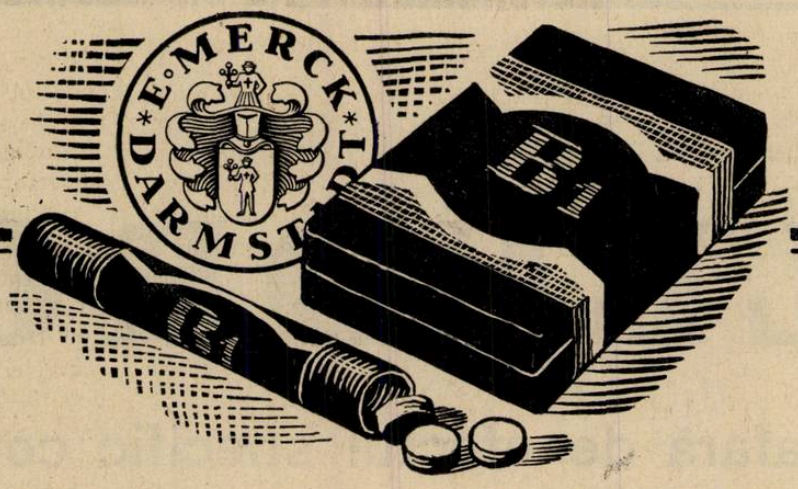
Deci nu există pericol de cumulare.

Toleranță perfectă.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

«ROMIGEFA» S. A. R., București, Str. Brezoianu Nr. 53



BETABION

Merck

= Vitamina B_1 pură cristalizată (aneurin)

In polinevrite, nevralgii, paralizii postdifterice, migrenă, turburări cardiace avitaminotice etc.

Dozările cu mult mărite fără a ridica preţul!

TABLETE de 0,003 gr.
FIOLE de 0,005 gr.
FIOLE „forte“ de 0,025 gr.

E. Merck

FABRICA DE PRODUSE CHIMICE • DARMSTADT
FONDATĂ IN 1827

Reprezentanţa generală:
CHIMIROMAN, Bucureşti I, Strada T. G. Masaryk No. 32

Tensiunea ne va da informaţii preţioase :

1). Când ajunge la 9 este semn de **alarmă. (Bècart).**

2). Tensiunea la 7 contraindică, cea mai mică intervenţiune.

3). Nu se va interveni **niciodată** la un rănit cu tensiunea sub 10. Când rănitul este adus în stare de şoc, atitudinea va fi următoare:

Remontarea, prin toate mijloacele cunoscute şi expuse mai sus.

2). Intervenţia se va face numai în cazuri de extremă urgenţă, când temporizarea periclitează viaţa rănitului anume :

a). Hemoragie mare, la care se va face o hemostază provizorie; b) Asfixia; c) zdrobirea completă a unui membru, care este aproape detaşat.

Şi în aceste cazuri **actul operator** trebue să fie **cât se pote de simplu, făcut rapid** şi numai, după **remontarea rănitului.**

* * *

In **zona operativă** de pe front sunt două formaţiuni sanitare, unde se prezintă cele mai multe stări de şoc :

a). **Ambulanţa** divizionară, unde vin cei mai mulţi răniţi în stare de colaps;

b) **Spitalul de campanie** înaintat.

Aceste formaţiuni trebue să aibă neapărat la dispoziţie următoarele ;

1). **Un mic laborator** pentru efectuarea examenelor urgente: hemograma şi dozarea hemoglobinei; deasemenea analize sumare de urină, etc.

2). Un număr de **aparate de tensiune ;**

3). Centru de **transfuzie,** având la dispoziţie :

a. Doneuri; b. Sânge conservat; c. Mai multe aparate de transfuzie; d. O echipă specială pentru efectuarea grupelor sanguine şi a transfuziilor ;

4). Seruri, în cantitate mare (cloruRat, glucozat, bicarbonatat) de asemenea un număr de **aparate,** pentru a face simultan la mai mulţi răniţi în acelaş timp, aceasta mai ales în timpul aglomerărilor.

5). **Analeptice vasculare,** dintre cari nu trebue să lipsească: veritolul, veriazolul, pervitinul, cortina, strichnina, cortenyl, sympatol, supriffen, etc.

* * *

Procedând în felul acesta, putem salva un procent mare de răniţi, cari dau un tribut dureros, acestei stări grave post-traumatice.

In cele expuse mai sus, ne-am străduit a prezenta — pe scurt — cunoştinţele actuale ce le avem asupra şocului în domeniul căruia mai rămân încă multe necunoscute de descifrat.

Autohemoterapia în traumatismele oculare*)

de Dr. POPOVICIU VIRGIL
Medic primar

Intr'o lucrare anterioară am publicat (România Medicală 1 Martie 1941) rezultatele bune ce am obţinut prin autohemoterapie in iritele postoperatorii după extracţia de cataractă. De atunci am mai aplicat autohemoterapia în 15 cazuri de traumatisme oculare şi anume:

1. *Plăgi corneene* (Keratite traumatice *neperforante* cu emoragie intraoculară sau cu ipopion, sau cu iridociclită, ba chiar cu ruptura zonulei şi luxaţia cristalinului.

2. *Plăgi corneene perforante* (Keratite traumatice perforante) cu hernie iriană sau iridociclită sau emoftalmie.

3. *Plăgi corneo-sclerale perforante,* hernie iriană, cataracta traumatică.

4. *Plăgi corneo-iriene perforante* (corp strein intraocular).

5. *Plăgi perforante sclerale* (cu hernie vitreană, iridociclită).

6. Rupturi sclerale subconjuctivale.

GRUPA I

No. 199/939. Erosiuni corneene traumatice cu irodociclită şi cataracta traumatică cu ruptura zonulei ochiului dr. S'a lovit cu lemn în ochiul drept, la 3 săptămâni internat. R. W. neg. La 4 săptămâni extracţia cataractei luxate, la 28 zile autosânge, 3 injecţii a 10 cmc. După 2 injecţii ochiul mult decongestionat. La 7 săptămâni apare iridociclită simpatizată urmată de enucleaţie.

No. 151/939. Erosiune corneană traumatică întinsă o. stg. Emoragie intraoculară (deslipirea retinei?) S'a lovit cu o bucată de lemn o. stg. Internată după 2 zile. R. W. neg. Analiza urinei neg. La 2 zile dela accident auto-sânge. 1-2 a. 10 cmc. 3-5 a 20 cmc. (tot la 2 zile). La 3 zile persistă încă o uşoară congestie a globului, la 8 zile congestie perikeratică diminuată, la 11 zile globul decongestionat.

No. 267/941. Ulcer cornean central şi paralimbic traumatic cu ipopion o. d. I-a sărit corp strein în ochi, la 14 zile internat. R. W. neg. Urina negat. La 16 zile autosânge : 10-10-20-20-20-12 (tot la 2 zile). Tratament local midriatice, argyrol, priesnitz. După 6 injecţii decongestia globului, cicatrizarea cornee.

No. 268/941. Keratită traumatică şi iridociclită consec. o. stg. Sunt 3 luni că s'a lovit cu o rădăcină. La 90 zile internat. R. W. negativ, urina negativ, La 10 zile autosânge, 7 injecţii a 20 cmc. tot la 2 zile. După 7 injecţii globul decongestionat.

Analizând grupa plăgilor corneene neperforante constatăm:

1) Plaga e cauzată de corp strein nemetalic.

2) Data internării variază între 2 zile şi 90 zile dela accident.

3) Numărul injecţiilor de autosânge până la decongestia globului variază dela 5—7 injecţii, iar cantitatea de sânge injectat în total între 80 şi 140 cmc.

Intr'un caz unde s'a renunţat a mai continua injecţiile de autosânge după apariţia decongestiei, imediat după a 3-a injecţie (în total 30 cmc) după 7 săptămâni apare o iridociclită simpatizantă ce a dus la enuclearea globului.

De remarcat este că în cazul internat la 2 zile după accident şi dând în total 5 injecţii = 80 cmc. bolnavul se vindecă după 5 injecţii, decongestia aparând deja la a 3-a injecţie.

GRUPA II

No. 101/939. Plagă corneană perforantă liniară cu hernie iriană o. d. Cataracta traumatică. S'a lovit cu spin de salcâm în ochiul dr. după 6 zile internat. R. W. neg. urina = neg. A 9-a zi dela accident rezecţia herniei iriene. A 13-a zi dela accident autosânge, o serie de VII injecţii tot la 2 zile: 1-4 a 10 cmc. 5-7 a 20 cmc. A doua zi după autohemoterapie globul mult decongestionat, subiectiv mai bine. După a 5-a injecţie blefarospasmul dispărut. Ochiul decongestionat lăcrimarea, fotofobia şi durerile mult diminuate. La 29 zile după accident pleacă vindecat.

No. 118/939. Ulcer perforant cornean traumatic cu iridociclită o. stg. S'a lovit cu un spin, după 3 săptămâni internat. R. W. neg. Urina neg La 22 zile dela accident începe autosânge 10 cmc. O serie de 4 tot la 2 zile. 1-2 a 10 cmc., 3-4 a 20 cmc. După 2 injecţii fenomenele iritative mult diminuate, subiectiv bine. După a 4-a injecţie globul complect decongestionat, nici o durere nu acuză. La 33 zile după accident pleacă vindecat.

No. 141/939. Plagă lineară corneană perforantă. Emoftalmie o. d. S'a lovit cu furca în o. d. A 2-a zi internat. R. W. neg. Urina neg. 5 injecţii de Rubiazol de 5 cmc. după care la 7 zile ochiul decongestionat, dar după o săptămână din nou congestie puternică. La 18 zile dela accident o serie de 4

*) Spitalul de Stat. Timişoara. Secţia oculistică. Medic primar: Dr. Popoviciu V.

injecţii autosânge 1-2-a 10 cmc. 3-4-a 20 cmc. în timp de 7 zile. După 2 injecţii autosânge se observă o netă ameliorare, globul mult decongestionat, fotofobia mult mai puţin pronunţată, totuşi la alte 3 zile din nou se congestionează. Pleacă ameliorat.

No. 328/941. Plagă perforantă corneană lineară cu hernie iriană o. stg. Rupându-se furca, sare o bucată din ea în o. st. La 3 zile internat. La 15 zile dela accident începe autosânge. 10-10-20-20-20 tot la 2 zile, după 5 injecţii congestia perikeratică perzistă. După a 8-a injecţie congestia perikeratică moderată. Pleacă acasă contra sfatului nostru.

No. 343/941. Plagă perforantă corneană lineară cu inclavara iriană o. d. Tăind lemne s'a lovit în o. dr. Internat la 4 zile. A 9-a zi dela accident începe autosânge 2x10 cmc., 5x20 cmc. tot la 2 zile. După 6 injecţii rezecţia herniei. După 7 injecţii vindecat.

Analizând grupa plăgilor corneene perforante se constată: 1) Plaga e cauzată de corp nemetalic (spin, furcă, lemn de foc).

2) Data internării în spital variază între 2 zile şi 21 zile dela ziua accidentului.

3) Numărul injecţiilor de autosânge necesar ca să apară decongestia globului este de 2—6 injecţi, iar vindecarea apare după 4—7 injecţii.

4) Cantitatea de sânge injectat = 60—120 cmc. în total. De remarcat că în 2 cazuri de plăgi perforante corneene suferite cu furca nu s'a ajuns la vindecarea completă, deşi globul s'a decongestionat mult, deşi s'au internat la 2 şi 3 zile după accident primind 60—120 cmc. autosânge în total.

Probabil în cazurile acestea joacă rol pe lângă traumatismul suferit şi vre-un virus exogen introdus cu furca respectivă.

GRUPA III

No. 136/939. Plagă corneo sclerală perforantă cu hernia iriană o. d. accident de tramvai, geamul spart, o bucată de sticlă lezează o. dr. Imediat internat. R. W. negativ, 1-a zi autosânge, 10 cmc., a 3-a 10 cmc., a 7-a 20 cmc. Concomitent 4 injecţii intramusculare Prontosil 5 cmc., 8-a zi rezecţia herniei iriene cu acoperire conjunctivală. A 4-a zi, dela operaţie globul puţin injectat în sectorul plăgii. A 10 zi dela rezecţia şi acoperirea conjunctivală globul decongestionat.

No. 170/941. Plagă perforantă corneo sclerală hernie iriană şi cataractă traumatică o. stg. O schijă de fier i-a sărit în ochiul stg. a 2-a zi internat. R. W. neg., a 4-a zi începe injecţii de lapte, 4-5-5-6-6 cmc. tot la 2 zile. După 25 zile dela accident şi 12 zile după ultima injecţie de lapte ochiul încă pronunţat congestionat. După alte 7 zile (32 zile dela accident) începe (tratamentul autosânge 2x10, 3x20 cmc. După 3 injecţii se observă diminuarea mare a congestiei globului. După 5 injecţii încă fină congestie perikeratică. La anul după accident se enucleză globul p. iridociclită simpatică.

Analiza ne arată:

1. Plaga corneo sclerală este cauzată de sticlă într'unul, în altul de schijă de fier — corp strein dur.

2. Data internării în aceeaş zi şi la 2 zile.

3. Numărul injecţiilor de autosânge necesar la apariţia decongestiei 2-3 injecţii.

4. Cantitatea de sânge injectat 40—80 cmc.

Se remarcă aici: La primul rezecţia herniei iriene a contribuit la vindecarea cazului. La al doilea injecţile de autosânge se administrează abia după 19 zile dela terminarea unei serii de galactoterapie (5 injecţii a 4-5-5-6 şi 6 cmc.) ce nu şi-a produs efectul dorit, globul rămânând pronunţat congestionat. După 5 injecţii de autosânge e drept globul se descongestionează, dar totuş păstrează o fină injecţie perikeratică, iar la anul dela accident globul este enucleat pentru iridociclită simpatizantă.

GRUPA IV

No. 50/941. Corp strein corneo-irian o. d. (Colobom irian total traumatic). O bucată de oţel sare în ochi. In aceaş zi internat R. W. neg. A doua zi se face extracţia corpului strein corneo irian o. (dr. **Aramă**). La 6 zile autosânge 2x10 şi 3r20 cmc. tot la 2 zile. A doua zi după accident o injecţie Prontosil 5 cmc. După 2 injecţii congestia globului mult diminuată. După 5 injecţii se mai menţine o fină injecţie perikeratică.

No. 308/941. Corp strein intraocular stg. plagă corneo iriană perforantă o. stg. Internat la 10 zile dela accident. R. W. neg. La 32 zile dela accident începe autosânge 1x10 şi 7x20 cmc. tot la 2 zile. După 5 injecţii autosânge globul aproape normal. Congestia perikeratică redusă mult. După a 8-a injecţie e decongestionat.

Analiza cazurilor din această grupă ne arată:

Plaga e produsă de corp metalic.

Data internării 1—10 zile.

Numărul injecţiilor de autosânge necesar pentru decongestia globului 5—8 injecţii, cantitatea totală injectată 85—150 cmc.

GRUPA V

No. 291/939. Plagă perforantă sclerală, hernie vitreană, irodociclită traumatică o. stg. Rănit prin explozia de sticlă de sifon. A doua zi internat. R. W. neg. Urina neg. La 24 zile începe autosânge, 2x10 ş 2x20 tot la 2 zile, a 2-a şi a 3-a zi după accident primind şi Prontosil 5 cmc. La una lună după accident pleacă acasă ameliorat dar cu ipotonia globului.

GRUPA VI

No. 72/941. Ruptura sclerală subconjunctivală cu inclavarea corpului ciliar şi ipema traumatic o. dr. S-a lovit cu lemn. La 6 zile internat R. W. pozitiv. La 19 zile autohemoterapie 1x10 şi 3x20 cm. tot la 2 zile. După 3 injecţii congestia globului complect dispărută. Notă: După a 4-a injecţie face şi fricţiuni mercuriale.

Remarcă la grupa VI-a R. W. pozitivă nu a împiedecat rezultatul bun al unei autohemoterapii, ba chiar s'a dovedit de bună introducere la tratamentul general mercurial. R. W. pozitiv nu a modificat reacţia ochiului la autosânge arătând decongestie după 3 injecţii ca şi în alte cazuri cu plăgi pe teren nespecific.

In concluzie:

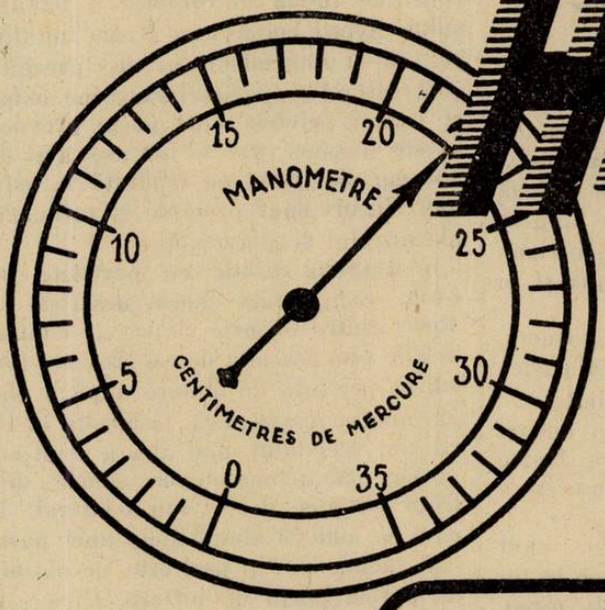
Comportarea traumatismelor oculare neperforante faţă de autohemoterapie se aseamănă cu iridociclitele post operative după extracţia de cataractă. împrejurare ce poate veni în sprijinul afirmaţiunilor noastre în legătură cu etiologia iridociclitelor după extracţia de cataractă, când ne-am exprimat în lucrarea citată că noi admitem pe lângă infecţiile exogene şi endogene pe cale hematică la distanţă sau pe cale limfatică din vecinătate un rol atât maselor moi cristaliniene cât şi resturilor capsulare şi traumatismului (inerent uneori în timpul operaţiei): Condiţiuni ce se pot găsi singular sau simultan în traumatismele oculare.

Autohemoterapia aplicată timpuriu după accident scurtează durata tratamentului.

Numărul injecţiilor de autosânge necesare variază: în general 5-7 injecţiuni sunt suficiente pt. a decongestiona gobul ocular vătămat.

Cantitatea de sânge injectat începe cu doza 10 cmc. urmate apoi de câte 20 cmc. până la vindecare, **în total 60-140 cmc.**

Autohemoterapia este un preţios auxiliar în tratamentul inflamaţiunilor uveale post traumatice — şi o recomandăm în toate cazurile de accidente oculare înainte de a fi putut sosi bolnavul la specialist pentru precizarea leziunilor.



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

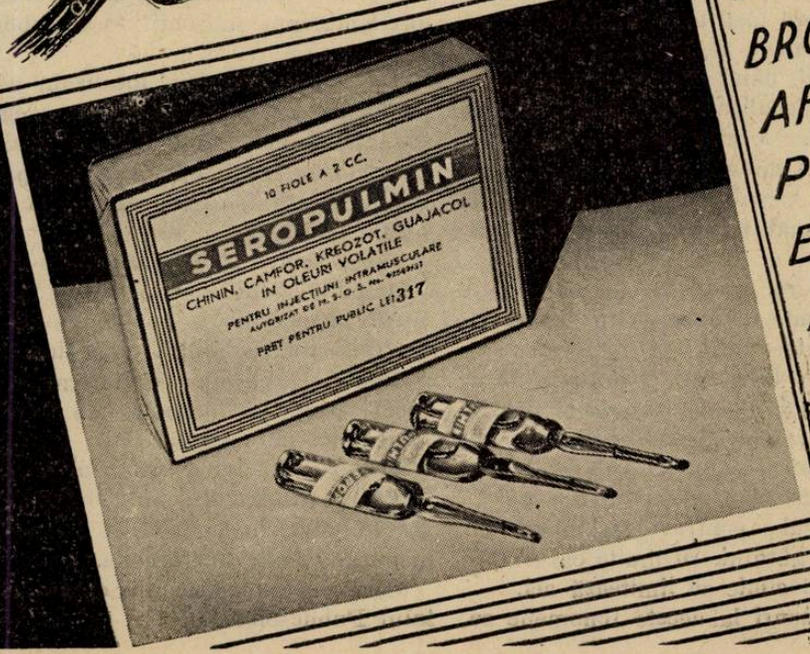
5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— *Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.*
— *Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.*
— *Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.*
— *Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.*
— *Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.*

COOPERATIVA UZINELE SANITARE „Paulescu-Gerota-Șumuleanu" Calea Griviței 67, Telefon 4.98.08

Seropulmin



BRONCHO-PNEUMONII
BRONȘITE ACUTE ȘI CRONICE
AFECȚIUNI PULMONARE-
POST OPERATORII
BRONCHECTAZII
PNEUMONII
TUSE CONVULSIVĂ

COOPERATIVA UZINELE SANITARE
„Paulescu-Gerota-Șumuleanu"
Calea Griviței 67. Telefon 4.98.08

Considerațiuni asupra formelor clinice localizate de tetanus

de Conf. Dr. ION GAVRILĂ și Dr. SMARANDA CADARIU

In mod obișnuit tetanusul începe cu un trismus bilateral, apoi contracțiunile musculare trec la regiunea cefei, coloanei vertebrale, abdomen și extremități, astfel că în 1—2 zile, cele mai deseori contracțiunile tonice interesează într'o măsură mai mult sau mai puțin importantă întreagă musculatura organismului.

Insă există forme clinice localizate de tetanus, unde contracțiunile musculare rămân localizate numai la o regiune, dela începutul până la sfârșitul bolii.

Un astfel de caz, destul de rar, de tetanus formă localizată, am avut ocaziunea să observăm în ultimul timp, deaceea ne permitem de a relata această observație și în legătură cu ea să facem câteva considerațiuni asupra acestor forme de boală.

Mai întâi iată în rezumat observația noastră:

Bolnava M. B. de 55 ani, casnică, din comuna Streza, județul Făgăraș, intră în serviciul nostru în ziua de 27 Aprilie, pentrucă de 2 zile i s'a încleștat gura și din această cauză nu se poate alimenta.

In antecedentele eredo-colaterale și personale nimic important.

Inainte cu 7 zile, bolnava a fost împunsă de cornul unui bou în regiunea frontală dreaptă. Ca să oprească hemoragia bolnava a pus pe rană pământ, cărbune și untdelemn. Plaga traumatică s'a vindecat în 5 zile și în tot decursul acestui timp bolnava s'a simțit bine, văzându-și de ocupațiile zilnice. După acest interval bolnava se sesizează de faptul că își deschide gura cu greutate, în special la masticație. După alte 2 zile i se încleștează și mai mult gura, vorbește greu, alimentația este dificilă, mai ales cu alimente mai consistente.

La intrarea în serviciu la examenul obiectiv se constată următoarele: Bolnava este de statură mijlocie, normal conformată. Tegumentele sunt palide, pigmentate ușor. Prezintă o cicatrice stelată în regiunea frontală dreaptă, unde a fost rana produsă de cornul boului.

Țesutul celular subcutanat păstrat, sistemul osos intact.

La față: Prezintă o contracțiune puternică tonică a mușchilor feței numai din partea dreaptă și un trismus foarte intens numai de aceeași parte. Există o ptoză a pleoapei superioare dreapte, deschiderea palpebrală este micșorată din această cauză. Comisura labială este deviată spre dreapta și în sus.

Solicitând bolnava să-și deschidă gura, cu toate sforțările, jumătatea dreaptă a comisurii labiale este redusă la o fantă aproape lineară, în timp ce jumătatea stângă se lărgește suficient, fiind totuși deviată spre dreapta și în sus.

La încercările bolnavei de a fluera, contractura mușchilor feții din partea dreaptă se accentua și mai mult.

Dând bolnavei să mestece o bucată de pâine, masticația se face cu foarte mare dificultate, bolnava își simte gura încleștată și simte dureri.

Senzoriul este clar. Pupilele sunt egale, centrale, reacționează bine la lumină și acomodație. Reflexele osteotendinoase și cutanate sunt normale.

Ca tratament se administrează imediat ser antitetanic în doză de 100 cmc. pe zi, intramuscular, la care se asociază injecțiuni intravenoase de urotropină, zilnic 5 cmc. Aceste injecțiuni cu ser antitetanic și cu urotropină se fac timp de 7 zile. Bolnava mai primește 3 injecții cu anatoxină tetanică, de câte 1 cmc. subcutanat, la intervale de 3 zile.

Evoluția bolii se face favorabil, contracturile musculare nu se mai extind la alte regiuni musculare, ci tot timpul bolii rămân localizate numai la grupele musculare indicate mai sus. Starea bolnavei se ameliorează în mod progresiv, contracțiunile musculare se reduc treptat, pentruca bolnava să părăsească serviciul la 10 Mai vindecată, deci după 14 zile de internare.

In mod obișnuit toxina tetanică se localizează pe întreg sistemul motor din axa cerebro-spinală, atât pe celulele motorii din coarnele anterioare, cât și pe nucleii nervilor cranieni. In cazuri mai rari însă toxina se localizează numai pe unele regiuni ale axului cerebro-spinal, dând cele mai variate forme clinice localizate de tetanus. Aceste forme clinice localizate au fost descrise mai ales în cursul războiului mondial trecut, în cursul căruia tetanusul a fost mult mai frecvent, decât în războiul actual.

S'au descris următoarele forme clinice localizate de tetanus în raport cu regiunea interesată:

Tetanus cefalic. a) **Tetanus cefalic fără paralizii.** In aceste cazuri poarta de intrare de obiceiu o constitue o plagă în regiunea capului. Tabloul clinic este caracterizat prin un trismus uni — sau bilateral, contractura mușchilor feții sau a gâtului. In multe cazuri întreg tabloul clinic se limitează aci.

In alte cazuri la aceste fenomene se mai adaogă turburări disfagice, ceea ce constitue **forma hidrofobică a tetanusului.** Acești bolnavi cu ocazia înghițirei, fie a alimentelor solide, prezintă contracțiuni și spasme faringeene, chiar și numai privirea apei poate provoca aceste spasme, care se pot asocia și de spasme ale glotei cu tendință la asfixie. Uneori sunt prezente și turburări ale auzului și a gustului.

b) **Tetanus cefalic cu paralizie facială.** Este forma clinică descrisă de **Rose,** dintre formele clinice de tetanus cefalic este cea mai deasă. Această formă se prezintă de obiceiu după o plagă, uneori foarte mică, localizată în teritoriul facialului, mai ales a celui superior. Simptomatologia constă dintr'un trismus uni — sau bilateral, la care se adaogă simptomele unei paralizii faciale de tip periferic, de obiceiu de partea porții de intrare. Uneori și la această formă se atașează fenomene de hidrofobie.

c) **Tetanus cefalic cu oftalmoplegie.** Este o formă de tetanus de obiceiu consecutivă unei plăgi în regiunea feții, mai des în regiunea pericorbitară. Este caracterizată prin trismus, la care se adaogă fenomene de oftalmoplegie, care pot fi uni — sau bilaterale, parțiale sau totale. Pot coexista și fenomene de paralizie facială.

d) **Tetanus cefalic cu paralizia ipoglosului.** Această formă se poate asocia cu paralizie facială, prezentând forma clinică extrem de rară, a paraliziei labio-gloso-laringeană.

e) **Forme localizate medulare.** In aceste cazuri toxina tetanică se impregnează la diferitele niveluri ale măduvei. In raport cu aceste localizări se descriu **forme monoplegice,** când contracturile interesează o singură extremitate, de obiceiu de partea lezată; **formă paraplegică,** mai ales la extremitățile inferioare; **forma abdomino-toracică,** când contracturile interesează cu predominență mușchii toraco-abdominali.

Toate aceste forme localizate de tetanus de obiceiu prezintă un prognostic bun, în general se vindecă, afară de cazurile cu oftalmoplegie și cu paralizia ipoglosului, cari prezintă un prognostic mai grav.

Cazul nostru se încadrează în forma tetanusului cefalic cu paralizie facială, cazul prezentând o poartă de intrare în teritoriul facialului superior, prezentând un trismus unilateral de aceeași parte și fenomene de paralizie facială tot de aceeași parte.

Evoluția cazului a fost benignă, pentrucă cu tratamentul aplicat s'a vindecat în curs de 15 zile, în acest timp dispărând toate turburările.

(Serviciul de boli contagioase din Spitalul Public-Sibiu).

Creştere considerabilă a globulelor roşii, hemoglobinei şi greutăţii corporale prin Artose.

ARTOSE

pentru tratamentul nou cu

FER şi CUPRU

al

ANEMIILOR

Flacon cu 100 g

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.

Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România:

Rudolf Forek, Bucureşti III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

EUPHORYL

DERMATOSE
PRURIGINOASE
PRURIT
ANAPHYLAXI
CUTANATE
INTOXICAŢIUNI

3 CACHETE PE ZI
CAZURI ACUTE
INJECŢIUNI INTRAVENOASE

Creiat şi experimentat în Spitalele din Paris.

ANA LABORATOIRES "ANA", 18, AV^e DAUMESNIL - P

Euphoryl infantil

(GRANULE SOLUBILE)

TURBURĂRI DIGESTIVE
DERMATOSE
PRURITE
ANAPHILAXI ALIMENTARE
INSUFICIENŢĂ HEPATICĂ

POSOLOGIE
1 linguriţă de cafea după an de vârstă

ANA LABORATOIRES "ANA", 18, AV. DAUMESNIL. PARIS

ANA
PARIS

Hirudinase

(DRAGELEI)

DOZĂ MIJLOCIE : 4-6 DRAGELE PE ZI

Primul produs specializat cu bază de extract de lipitoare.

Creiat şi experimentat în spitalele din Paris

INSUFICIENŢĂ VENOASĂ
INFECŢIUNI
VASCULO-SANGUINE
FLEBITE-SEPTICEMII
AMENORREE

ANA LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL - PAR

Salicylate

SURACTIVÉ "ANA"

SALICILAT DE SODIU
în combinaţie
CALCO-MAGNESIANĂ
TIOSULFATAT

32 gr.
SALICILAT de SODIU
SUPRAACTIVAT

SOLUŢIE
1-2 linguriţe de cafea sau 20 de picături = 1 gr. Salicilat de sodiu supr.

INJECŢIUNI INTRAVENOASE
10 cc. = 1 gr. de Salicilat de sodiu supraactivat

Cele 4 avantage :
1 - Supraactivare 170 %
2 - Gust agreabil
3 - Toleranţă perfectă
4 - Concentraţie mare

Reumatism - ALGII
INFECŢIUNI-SEPTICEMII
TURBURĂRI HEPATICE

ANA LABORATOIRES "ANA", 18, AVENUE DAUMESNIL, PARIS. XIIe

Mostre gratuite la cerere MEDIRON S. A. R.
Bucureşti IV - Str. Olari 23.

Mortinalitatea şi mortalitatea infantilă precoce

Docent HORIA SLOBOZIANU şi Dr. L. N. NERARŢIU

Acţiunea medico-socială, întreprinsă în contra mortalităţii infantile ar trebui să înceapă cu combaterea mortinatalităţii şi a mortalităţii din primele şapte zile după naştere, numită şi mortalitate precoce. Pentru micşorarea acestei duble mortalităţi, pe care Pfaundler a numit-o şi mortalitate perinatală, este nevoe de un nou sistem de asistenţă medico-socială, deoarece cauzele, care o determină, sunt cu totul diferite de cauzele, cari intervin mai târziu în viaţa copilului. Reducerea mortalităţii perinatale constituie preocuparea statelor culte din Apus şi în ultimul timp a început să intre în programul de lucru al Ministerului Sănătăţii.

Metodele întrebuinţate în combaterea mortalităţii perinatale ar trebui, să se bazeze pe cunoaşterea factorilor care o determină, factori care variază după ţări şi după regiuni. Examinarea situaţiei sanitare în diferite straturi sociale devine din ce în ce mai necesară la noi, deoarce numai ea ne poate indica ce măsuri trebue să luăm la noi în ţară, ca să nu adoptăm formule străine, care nu ni se potrivesc întotdeauna.

Faţă de importanţa acestei chestiuni, am căutat să vedem cum se prezintă mortalitatea perinatală în mediul nostru urban. In acest scop au fost studiaţi 10227 copii născuţi între anii 1937—1941 în Clinica Obstetricală din Bucureşti, care în ultimii ani este sub conducerea d-lui prof. D. Săvulescu. Femeile care vin să nască în Maternitate aparţin în cea mai mare parte claselor sociale sărace, mai puţin clasei sociale mijlocii şi într'o foarte mică proporţie clasei bine situate.

1) **Mortinatalitatea.** La 10.227 copii a fost 804 născuţi morţi, ceeace revine la 8,52 născuţi morţi la o sută de noi născuţi vii sau 7,87 la sută de naşteri. Dintre aceştia 3,89 la sută erau prematuri (cu o greutate sub 2500 grame), iar 4,64% copii născuţi la termen. Dacă raportăm la suta de născuţi morţi, constatăm că mortinatalitatea a fost dată de prematuri în proporţie de 46% şi de copiii la termen 54%.

Cifra de 8,52 născuţi morţi la suta de născuţi vii, constată de noi, este destul de mre dacă o comparăm cu cifrele date de alte crase din străinătate. Astfel, Heidler găseşte în Maternitatea din Viena (1925—1929) o mortinatalitate de 3,9 la sută de naşteri, adică jumătate din cea din Maternitatea din Bucureşti (7,87%). Rott dă pentru Berlin (1926—1929) o cifră egală cu cea din Viena. Pfaundler constată că în Prusia mortinatalitatea a fost în 1925 de 3,38%. In Statele Unite mortinatalitatea rurală este de 3,7%, în timp cea urbană este de 4,3%.

In Franţa, în 1925, a fost în mediul rural o mortinatalitate de 3,9%, în oraşele mici 5,3%, iar în Paris 9,3% (Dr. G. Banu).

Debré, Joannon şi Alcan studiind rezultatele anchetei internaţionale făcută de Societatea Naţiunilor, constată că în Franţa dela 1924—1930 a fost o mortinatalitate de 3,8 la sută. După aceeaşi anchetă, vedem că mortinatalitatea este foarte coborâtă în unele localităţi ca Plaisance (Franţa) 1,59%; Hoenbrock (Olanda) 1,65%, în timp ce ea se urcă la 6,44 în arondismentele 6, 7 şi 8 din Viena.

Dr. Manuilă constată că mortinatalitatea a fost în ţara noastră în anii 1934—1935 de 2,3 la sută de născuţi vii, care se repartizea ă pentru mediul rural 1,9% şi pentru mediul urban 5,4%. In 1935 am avut 13.746 născuţi morţi. In 1937 mortinatalitatea a fost de 2,4%.

Se poate vedea ce coborâre a mortinatalităţii se poate realiza, dacă se întreprinde o acţiune medico-socială bine condusă, după rezultatele obţinute în Chicago, unde mortinatalitatea a fost redusă în curs de 20 de ani (1915 1935) dela 4,29% la 2,25%. In acelaş interval de timp mortalitatea precoce a scăzut şi ea dela 3,10 la 2,06%.

Din cele de mai sus se vede că mortinatalitatea este urcată în mediul nostru urban (5,4%) şi că ea atinge 8,52% pentru populaţia din clasele sociale sărace din Bucureşti. Aceasta arată că în acest mediu ste nevoe de o asistenţă medico-socială bine organizată.

2) **Mortalitatea precoce.** Rott a denumit mortalitatea din primele 7 zile: Fruhsterblichkeit. Debré, Joannon şi Alcan îi zic «mortalité primo-hebdomadaire». Schlossmann o limitează la primele 5 zile, Pfaundler la primele 3 zile şi o numeşte «Fruhtot». Alţi autori extind mortalitatea precoce la primele 15 zile şi chiar la primele 30 de zile după naştere şi-i zic mortalitate neonatală.

Din cercetările făcute de noi pe cei 10.227 copii născuţi în Clinica Obstetricală rezultă că mortalitatea precoce a fost de 2,43 la sută de copii născuţi vii. Dintre copiii morţi în primele 7 zile, 1,86% au fost copii permaturi, iar 0,57% copii la termen. Dacă raportăm la 100 copii morţi, avem că mortalitatea a fost dată în 72% din cazuri de copii prematuri şi în 28% de copii la termen ceeace arată că în primelel 7 zile mor de 2½ ori mai mulţi prematuri decât copii la termen. Mortalitatea precoce a fost redusă în Clinica noastră obstetricală dacă o comparăm cu alte oraşe din străinătate.

Heidler găseşte în Clinica Obstetricală din Viena (1925—1927) 2,8, procent ceva mai urcat decât cel găsit de noi. Rott dă pentru Berlin, în 1926—1929, o mortalitate precoce de 3,3%. Ralph (1939) constată în Philadelphia o mortalitate neonatală de 2,6%. După Schlossmann din Dusseldorf, mortalitatea din primile 5 zile ste de 3,42%. Pfaundler dă pentru Prusia o mortalitate în primele 3 zile de 2,34%. In Anglia a fost în 1921 o mortalitate precoce de 2,23%. După ancheta făcută de Societatea Naţiunilor, rezultă că mortalitatea precoce este foarte redusă în Hedmark (Norvegia) 1,24%; Leyda (Olanda 1,42% în timp ce ea este urcată în Scharding (Austria) 4,97%; în Viena variază între 4,70 şi 5,69% şi atinge în Gmunden (Austria) 7,68%.

La noi în ţară, în anii 1920—1921, mortalitatea precoce a fost de 4,5½, din care 4,7% în mediul rural şi 3,3½ în mediul urban (Dr. G. Banu). Din aceste cifre se vede insuficienţa îngrijirilor date noilor născuţi în mediul rural. Dr. Ygrec dă pentru anii 1920-26 o mortalitate precoce de 4%. Pe anul 1941 mortalitatea în primele 7 zile, comunicată de Institutul Central de Statistică, a fost numai de 2,9% (în mediul rural 3%, iar în mediul urban 2,1%).

3) **Mortalitatea perinatală** este dată de mortinatalitate + mortalitatea precoce. Dacă adunăm aceste două mortalităţi, constatăm că în Clinica Obstetricală din Bucureşti, am avut o mortalitate perinatală de 10,96 la sută de născuţi vii, cifra care este dată de prematuri în proporţie de, 5,75% şi de copii la termen în proporţie de 5,21 la sută. Raportând la suta de copii morţi găsim că prematurii dau un procent de 52%, iar copii la termen 48%.

Studiind mortalitatea perinatală în Institutul «Regina Elisabeta» din Bucureşti, D-l Dr. Alex. Bădescu şi Dr. O. Gănţoiu, găsesc că ea nu depăşeşte cifra de 6,5%, ceeace se explică prin faptul că femeile, care nasc în Maternitatea C. F. R., aparţin clasei mijlocii şi clasei bine situate şi se bucură de o asistenţă medicl prenatală bine organizată.

Heidler dă pentru Clinica Obstetri-

cală din Viena (1925—1927) o mortalitate perinatală de 6,7%. Ralph găseşte în Philadelphia 6,1%. Rott dă pentru Berlin (1926—1929) o mortalitate perinatală de 7,2%, compusă din mortalitate 3,9 şi mortalitate precoce 3,3%. Dacă adăugăm şi mortalitatea din restul anului, care este de 4,8% avem o mortalitate feto-infantilă de 12%.

In Franţa, dela 1924 la 1930 a fost o mortinatalitate de 3,8%, la care dacă adăugăm mortalitatea din primul an de 8,8%, avem o mortalitate feto-infantilă de 12,6%, care reprezintă totalul de pierderi de vieţi tinere din primul an. Mortinatalitatea este responsabilă în Franţa, după Débré, de 3/10 din mortalitatea feto-infantilă. In 1929 mortinatalitatea a fost în Franţa de 29,2% din mortalitatea feto-infantilă, acest procent s'a urcat în 1930 la 32,4%. Mortalitatea precoce depăşeşte, după acelaş autor, 2/3 din mortinatalitate şi trece de o treime din mortalitatea infantilă totală.

După Rott ea încarcă mortalitatea infantilă cu 25%. Mortalitatea precoce este formată în ¾ din copii prematuri şi 1/4 din copii născuţi la termen.

Ancheta făcută în plasa Gilău, a arătat, după profesorul Gh. Popoviciu, că mortalitatea din prima lună reprezintă ½ din mortalitatea din primul an, iar mortalitatea din prima săptămână reprezintă jumătate din mortalitate din prima lună.

Din lucrarea noastră rezultă că mortinatalitatea a fost de 8,52 la sută de nascuţi vii, în timp ce mortalitatea precoce de 2,43%, ceeace arată că mortinatalitatea a fost de 3,5 ori mai mare decât mortalitatea precoce. Procentul redus al mortalităţii precoce se explică prin asistenţa medicală dată noilor născuţi în Maternitatea noastră. Procentul acesta ar putea fi şi mai mic, dacă n'ar fi mărit de mortalitatea prematurilor născuţi în stare de debilitate congenitală gravă, din cauza sifilisului, eclampsiei, tuberculozei sau altor toxi-infecţiuni de care suferă mama.

	Total	La 100 născuţi vii	La 100 de naşteri
Noi născuţi	10.227	—	—
Născuţi vii	9.423	91,48	92,13
Mortinatalitate	804	8,52	7,87
Mortalitate precoce	229	2,43	2,39
„ perinatală	1.033	10,96	10,1

	Prematuri	Copii la termen	Total
Mortalitalitate	3,89	4,64	8,53
Mortalitate precoce	1.86	0,57	2,43
Mortalitate perintală	5,75	5,21	10,96

Contribuţiuni la studiul eosinofiliilor familiare constituţionale

de Dr. I. GHEORGHIU şi Dr. P. BALMUS

Cazurile de eosinofilie transmise hereditar dela ascendenţi la descendenţi sunt relativ foarte rare şi insuficient studiate din punct de vedere al transmisiunei hereditare.

Primul caz de eosinofilie hereditară, a fost semnalat de *Gaillard* în maladia lui Recklinghausen, iar după el a urmat o observaţie a lui *Gœugain* şi o altă a lui *Saubli*.

Pio Bastai şi *Sadi de Buen* au comunicat şi ei câte o observaţie unde eosinofilia atinge în cazul lui Pio Bastaï un procent de 43%, iar în cazul lui Sadi de Buen 51%.

In aceste cazuri, autorii au găsit la membrii familiei, la părinţi sau colaterali o eosinofilie care depăşeşte 20% şi care nu se manifesta prin nici un semn patologic.

Alături de cazurile de eosinofilie familiale semnalate mai sus, mai citâm observaţiile lui *Smits*, ale lui *Debenedetti* şi acele a lui *Micheli* citate de altfel de Bastaï şi care sunt redate de aceşti cercetători, drept cazuri de eosinofilie hereditară. Pio Bastaï le dă drept cazuri de eosinofilie familială şi pentru el ar fi vorba de cazuri analoage în care caracterul familial n'a putut fi pus în evidenţă.

Noi am avut şansa de a studia trei cazuri de eosinofilie dintr'o familie compusă din 5 membrii. Credem că aceste cazuri de eosinofilie hereditară, sunt extrem de interesante şi merită de a fi luate în considerare. Intâmplarea face ca doi din membri acestei familii să sufere de o maladie eruptivă şi unul din medicii consultanţi diagnostică febră tifoidă şi în consecinţă recomandă: o hemocultură, sero-diagnostic Widal şi formula leucocitară. Rezultatul examenului de laborator a fost: hemocultura sterilă, sero-diagnosticul Widal, negativ, însă isbeşte numărul considerabil de eosinofile care se ridica la 57% şi atunci medicul de laborator îşi dă avizul că ar fi vorba de un chist hidatic, iar medicul consultant că ar fi vorba de o trichinoză. Cum starea generală pe de o parte şi fenomenele clinice pe de alta, nu pledau nici pentru una, nici pentru alta, am reluat cercetările hematologice pentru fiecare membru al familiei în parte, cercetări care ne-au dus la concluzia că este vorba de un caz de eosinofilie hereditară.

Eosinofiliile hereditare prezintă un stadiu extrem de interesant şi merită de a fi luate în cercetare în prezenţa unui astfel de caz de eosinofilie nedeterminată şi caracterul familial.

Este de altfel o imposibilitate ca în stările de astăzi să putem preciza, dacă caracterul familial există într'un mare număr de eosinofilii de origină nedeterminată, pentru că cea mai mare parte a cercetărilor, nu au cercetat şi nu au avut în vedere şi această latură.

Totuşi admiţând caracterul familial hereditar sau constituţional în aceste cazuri de eosinofilie, problema nu este rezolvată decât în parte pentru că nu explică natura precisă a acestei reacţiuni sanguine. Dăm observaţiile la trei membri ai familiei la care s'a găsit o eosinofilie cu procentul foarte ridicat:

OBS. I Andrei B. de 11 ani şi 6 luni prezintă un ten palid, dar vioi şi bine desvoltat. Din antecedente aflăm că a suferit de scarlatină, amigdalită, bronchite frequente, reacţi ganglionare cervicale, rujeolă, enterită şi icter. In prezent de o rugeolă benignă cu nici un fel de urmări. Prezintă ficatul şi splina uşor hipertrofiate.

Numărătoarea globulelor roşii: 3.864.000
Numărătoarea globulelor albe 9.400

1) **Formula leucocitară.**

Polinucleare neutrofile	40%
Polinucleare Eosinofile	34%
Limfocite	21%
Bazofile	2%
Forme de trecere	3%

A II-a formulă leucocitară după o lună

Polinucleare neutrofile	43%
Eosinofile	47%
Limfocite	10%

Se observă la această a doua formulă o slabă coloraţie a nucleului polinuclearelor neutrofile, nu însă şi a eosinofilelor.

Examenul coprologic, arată absenţa ouălelor de paraziţi.

OBS. II-a Mihai B. de 17 ani şi jumătate se prezintă cu tenul palid, dar bine desvoltat şi vioi. Din antecedente aflăm că a suferit la naştere de un icter, apoi de o enterită care a durat vre-o 4 luni şi cu toate aceste a avut o desvoltare normală. Pe urmă a suferit de rugeolă, de varicelă, a fost dese ori afectat de amigdalită, a suferit de difterie, orellion, benign, cu febră. In prezent a suferit de rugeolă şi inapetenţă, intoleranţă la grăsimi, carii dentare.

PELLACOTIN

„Dr. RADU"

Vitamina P. P. (Acid Nicotinic)

specific în:

Pelagră, gastrite hipoacide, achilii gastrice, seboree, acnee, insuficiențe hepatice, intoxicațiuni diverse, porfirinurii.

Ambalaj:

Injecții: Pellacotin fiole a 5 cc (soluție 3%) cutii cu 5, 15 și 50 fiole

Oral: Tuburi cu 20 tabl. a 0,10 **ACID NICOTINIC** Dr. Radu

Dr. Alex. RADU, București 3 Str. Sofia 14

Brosedan

Sedativ

Indicat în stări de excitație nervoasă de orice fel; insomnie nervoasă, tahicardie, vărsăturile incoercibile ale sarcinei și postoperative; inhibiții psihice, anxietate, depresiune, stări de agitație și nervozitate în arterioscleroză și menopauză, Prurit, epilepsie.

TEMMLER · WERKE · BERLIN-JOHANNISTHAL

Reprezentant pentru România, Dr. ALEXANDRU RADU, București, 3 Str. Sofia 14

Tratamentul Şancrului Moale şi complicaţiilor sale

Prin injecţiuni intramusculare cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU-BANCIU"

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

este foarte bine tolerat. Nu dă şoc nici febră permiţând tratamentul ambulatoriu

PREZENTAREA: Cutii cu 6 fiole a 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate farmaciile din ţară.

Pentru literatură şi eşantioane Domnii Medici se vor adresa:

Laboratorului „Dr. A. BANCIU" Bucureşti, Str. Regală, 10 — Tel. 5.84.29

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

35 ani de existenţă
(1907 — 1942)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furuncoloză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa Laboratorului „Dr. A. BANCIU" Bucureşti, Str. Regală Nr. 10 Etaj. Telefon 5 84.29

Splina şi ficatul de volum normal.

Numărătoarea globulelor roşii	4.253.000
Numărătoarea globulelor albe	11.800
1) Formula leucocitară.	
Polinucleare neutrofile	40%
Eosinofile	57%
Mononucleare	3%

A II-a formulă leucocitară după o lună:

Polinucleare neutrofile	51%
Eosinofile	40%
Forme de trecere	3%

Se remarcă şi aici o slabă colorare a nucleului polinuclearelor neutrofile. La al doilea control s'a găsit hematozoarul Laveran.

Examenul coprologic: absenţa ouălelor de paraziţi.

OBS. III. D-na Angelica B. (mama) de 48 ani, cu tegumentele palide, a suferit de scarlatină, de rugeolă, de difterie, varicelă, orellion, frequente amigdalite, gripe, urticarii şi bronchite.

1) Formula leucocitară.	
Polinucleare neutrofile	58%
Eosinofile	15%
Bazofile	2%
Limfocite	17%
Mononucleare	7%
Forme de trecere	2%
2) Formula leucocitară.	
Polinucleare neutrofile	60%
Eosinofile	17%
Bazofile	2%
Limfocite	10%
Mononucleare	8%
Forme de trecere	3%

Din cercetările hematologice la tată şi la fiică, s'a constatat la tată 4% eosinofile şi la fiică 2%. Deci din această cercetare se poate evidenţia că eosinofila a trecut dela mamă la fii săi şi nu la fiică, care a luat caracterele biologice celulare de la tată.

Viaţa fiziologică după cum se ştie este o mişcare de sinteză şi de distrugere, este cu alte cuvinte o mişcare moleculară, în timp ce viaţa patologică este o tulburare a acestei mişcări a cărei modificare în direcţie şi intensitate constitue în cea din urmă analiză toate stările morbide.

Din statisticile stabilite la evrei ruşi de *Orchonsky*, reese că dacă părinţii sunt atinşi de maladii nervoase şi dacă tatăl este cel bolnav, atunci de cele mai multe ori, el va transmite sexul şi tipul copilor lui. Aşa că tendinţa părinţilor bolnavi de a transmite maladia la copii lor, este mai pronunţată din partea tatălui şi pericolul hereditaţi este mai grav pentru băieţi decât pentru fete. Starea morbidă a tatălui are tendinţa de a se întări la copii, mai ales la băeţi realizând în felul acesta hereditatea progresivă, în timp ce starea morbidă a mamelor din contra diminuiază la copii, mai ales la fiice realizând astfel o hereditare regresivă.

Distrofiile elementare primitive, reacţiile nervoase, tulburările nutriţiei şi a intoxicaţiei, care rezultă fie din produsele agenţilor microbieni, ori din toxinele produse din desasimilaţia celulară, toate aceste produse sunt de domeniul hereditaţi patologice. Generatorii transmit descendentului calităţile proprii ale celulelor lor, adică modul de a se comporta faţă de agenţi fizici, chimici şi mecanici.

Reacţiunile celulare proprii fiecărui individ, explică transmisiunea anomaliilor de structură şi de capacitate funcţională a unui anumit ţesut, organ sau aparat.

Eclampsia determină în ficatul mame leziuni speciale, ca dispariţia protoplasmei, degenerarea ei, hemoragii, etc.

Broemer susţine că sub influenţa diabetului globulele roşii pierd proprietatea de a fixa culorile acide şi capătă în schimb proprietatea de a fixa culorile bazice.

Charrin şi *Delamare* au constatat la un copil născut dintr'o mamă eclamptică, alteraţiuni ale parenchimului hepatic, degenerescenţa celulelor cu lipsa unei părţi a protoplasmei, hemoragii şi afinitate de coloraţie pentru roşul Magenta a unui mare număr de hematii.

Chestiunea care se pune ar fi de ştiut dacă eosinofilia este propriu zis o maladie, o degenerare după susţinerile unor autori, sau este o funcţie fiziologică a organului hemato-poietic, transmisă în mod normal dela mamă la fii săi.

Dacă luăm în consideraţie faptele de observaţie şi experimentale din cele expuse mai sus, ar rezulta că în cazul nostru, este vorba de o hereditate eosinofilică transmisă de la mamă la fii săi.

Din datele de mai sus şi mai ales din observaţiile lui Orchansky, ar reieşi că dacă în cazurile citate de noi, ar fi vorba de o hereditate patologică, atunci această hereditate ar fi trecut dela tată la fii săi, ralizând hereditatea progresivă şi nu dela mamă.

In cazul nostru atât tatăl cât şi fiica prezintă în mod constant formula eosinofilică normală. Şi deci legile hereditaţi îndeplinite în mod normal, adică tatăl transmiţând fiicelor caracterele biologice, nu însă sexul, iar mama transmiţând fiilor caracterele biologice, dar nu şi sexul.

Dare de seamă asupra activităţii medico-chirurgicale într'un spital din Basarabia în timpul stagiului militar

de Dr. M. PRIBOIANU

La 10 Decembrie 1941 am luat în primire spitalul Comrat, judeţul Tighina, la care fusesem repartizat pentru stagiu.

Spitalul se compunea dintr'un corp principal şi un pavilion pentru contagioşi, ambele arse de bolşevici în retragere.

Lucrările de reparaţie începuseră, dar aceste corpuri nu puteau fi utilizate. Au rămas însă apte de a fi transformate: pavilionul unde se făceau consultaţiile şi care a fost amenajat cu 22 de paturi şi pavilionul ce servise drept locuinţa medicului, în care s'au amenajat 18 paturi.

La sosirea mea, spitalul era întrebuinţat în special pentru izolarea bolnavilor contagioşi, mai cu seamă cei de tifus exantematic.

Având în vedere pe de o parte că acest centru de spitalizare deservea în mod oficial o localitate de 13.000 locuitori şi încă 17 comune înconjurătoare (plasa Comrat) şi că pe o rază de circa 100 km. nu exista nici un centru chirurgical, iar pe de altă parte dorind să-mi valorific cunoştinţele chirurgicale, am înfiinţat din proprie iniţiativă o secţie de chirurgie, obstetrică şi ginecologie în pavilionul destinat locuinţei medicului.

Materialul, masa de operaţii şi instrumentarul le-am procurat parte de la Directoratul Sănătăţii, parte de la Ministerul Sănătăţii, iar altă parte din comerţ.

In curs de şapte luni, dela 1 Ianuarie a. c. şi până la 1 August a. c. am avut următoarea mişcare în spital: intraţi 667, eşiţi 591, morţi 55, rămaşi 21, iar consultaţii 3828.

Această mişcare a mers progresând atingând maximum în luna Iulie, când am avut 125 de internări, dintre cari 55 pentru intervenţii chirurgicale şi 1158 consultaţi.

Mai mult de 80% din bolnavii prezentaţi proveneau din mediul rural.

Toţi bolnavii internaţi erau în prealabil îmbăiaţi la fiecare secţie, iar îmbrăcămintea deparazitată la cuptorul tip «Basarabia» sau în ultimul timp la etuva Wolff.

Dintre bolnavii contagioşi au predominat cei de tifus exantematic şi febră tifoidă.

In ceeace priveşte tratamentul, am întrebuinţat în cazurile grave de tifus exantematic, în afara dieteticei şi a medicaţiei clasice, ser de convalescent şi sulfamide (glombardol, eleudron, albucid), cu cari am obţinut rezultate frumoase. Nu am putut întrebuinţa sulfamide în toate cazurile indicate din cauza greutăţii de procurare cărui fapt îi atribui şi multe din decesele înregistrate.

Cazurile de sifilis erau parte internate în spital, parte veneau numai la tratament regulat la consultaţii.

Cazurile de malarie le-am tratat cu succes întrebuinţând plasmochin şi acrahin (echivalentul atebrinului, produs rusesc).

In total am avut internaţi 178 contagioşi, dintre cari au murit 28 (15,70%), cei mai mulţi de tifus exantematic.

Referitor la bolile interne: au predominat pulmonarii şi cardiacii. La aceştia, atât dietetica cât şi tratamentul medicamentos s'a putut face în bune condiţiuni. Cazurile de pelagră au fost foarte rare, cele prezentate au fost internate, iar în lipsa tratamentului vitaminic am obţinut ameliorări şi vindecări numai administrând bolnavilor o alimentaţie rațională.

Au fost internaţi în total 281 de cazuri boli interne şi au murit 21, majoritatea acestora fiind bacilari şi cardiaci.

In ceeace priveşte maladiile chirurgicale, au predominat apendicitele, afecţiunile genitale şi ulcerele gastrice şi duodenale.

In cadrul acestor cazuri, am executat următoarele intervenţii:

— 48 apendicectomii pentru cazuri cronice, subacute şi acute, fără nici o complicaţie post-operatorie.

Am procedat clasic prin incizie Mac-Burney şi înfundarea bontului apendicular. Anestezia de preferinţă fiind cea locală sau rachidiană.

— 33 histerectomii subtotale şi anexectomii pentru fibroame uterine, chiste de ovar, simple sau torsionate şi inflamaţiuni cronice anexiale. Am procedat în majortatea cazurilor după metoda H. A. Helly şi fără drenaj. Nu am avut nici o complicaţie post-operatorie. Ca pregătire preoperatorie am obişnuit în general vaccinare cu Delbet. Anestezia în toate cazurile a fost rachidiană cu novocaină 8%, 13—15 ctgr.

2 — histeroctomii totale Wertheim pentru neoplasm de col uterin. Cazurile au fost vaccinate în prealabil şi am întrebuinţat drenajul Mickulicz. La trei săptămâni bolnavele au părăsit spitalul în bune condiţiuni. Anestezia întrebuinţată: rachidiană cu novocaină 16 ctgr.

— 17 gastroenterocanastomoze transmezocolice posterioare von Hacher făcute pentru ulcer gastric sau duodenal şi un neoplasm inoperabil de stomac. Toţi operaţii au părăsit spitalul între a 12-a şi a 16-a zi în bune condiţiuni, afară de o bolnavă de 65 de ani, cu neoplasm gastric, care a sucombat la 48 de ore după intervenţie. In rest nu am avut nici o complicaţie. Bolnavii erau pregătiţi înainte de operaţie cu ser glucozat şi clorat intravenos şi spălături gastrice. După operaţie, încă două zile, se făcea ser glucozat şi clorurat hipertonic. Anestezia întrebuinţată a fost cea rachidiană şi locală.

2 — rezecţii gastroduodenale largi pentru ulcer piloric cu anastomoză Reihel-Polya şi înfundarea bontului duodenal; într'un caz după prof. Iacobovici, iar în celălalt după prof. Finsterer. In ambele cazuri am făcut drenaj cu tub de cauciuc. Ca pregătire preoperatorie, spălături gastrice şi injecţiuni cu ser clorurat şi glucozat hipertonic. Anestezie rachidiană cu 16 ctgr. novocaină 8%. După intervenţie primele 3 zile ser glucozat, clorurat hipertonic şi ser fiziologic subcutanat. In ceeace priveşte dietetica postoperatorie, prima săptămână nu s,au dat bolnavilor decât lichide, iar a doua săptămână pureuri. Ambele cazuri au părăsit spitalul în bune condiţiuni a 10-a zi după intervenţie.

Atât gastro-enterostomizaţii, cât şi cei cu rezecţie largă au fost revăzuţi la 1—3—4 luni după intervenţie; toţi câştigaseră în greutate între 2—5 kgr. şi prezentau o toleranţă gastrică perfectă.

— 7 colecistectomii pentru colecistite calculoase. Am procedat în toate cazurile prin incizie Sprengel şi decolare subperitoneală şi peritonizarea patului vezicular, fără drenaj în majoritatea cazurilor. Anestezia întrebuinţată a fost cea rachidiană cu novocaină 8%, 13—14 ctgr. Bolnavii au părăsit spitalul a 12-a zi, în bune condiţiuni.

— 2 nefrectomii, una pentru pionefroză şi cealaltă pentru calculoză renală. In ambele cazuri am făcut rachianestezie cu novocaină 14 ctgr., incizie lombară Albaran şi drenaj cu tub şi meşe. Bolnavii au părăsit spitalul în bune condiţiuni.

— 1 paratiroidectomie bilaterală în doi timpi pentru maladia fibro-chistică Rechlinghausen. Pentru precizarea diagnosticului am trimis sângele pentru dozajul calciului la Spitalul Colentina şi după aceea am intervenit cu anestezie locală în doi timpi la 10 zile interval. După prima intervenţie, durerile au diminuat, iar după a doua au dispărut complect, chistele diminuând de volum. Revăzut la două luni, chistele abia se mai distingeau, iar starea generală era perfectă.

— 8 intervenţii pentru hernie inguinală şi inguinoscrotală, dintre cari una încarcerată la care am făcut cura radicală după metoda Bassini. La cea încarcerată am făcut rezecţia porţiunii de intestin şi enteroanastomoză latero-laterală. A 9-a zi bolnavii au părăsit spitalul în bune condiţiuni.

—3 ligamentopexii pentru prolaps uterin gradul 2 şi 3. Am procedat după metoda Baldy—Dartigues şi Doléris. La două din aceste cazuri am făcut şi perineorafie în acelaş timp. Bolnavele au părăsit spitalul în bune condiţiuni la 12 zise după intervenţie.

— 2 cazuri de ocluzie intestinală prin volvulus pe intestinul subţire, prezentate la spital tardiv în a 4-a zi dela accident. Am intervenit cu anestezie locală, executând rezecţia ansei necrozate şi enterocanastomoza latero-laterală, drenaj larg şi ser antiperitonitic intraperitoneal şi subcutan. Exitus în ambele cazuri la 6—8 ore după intervenţie.

—1 castraţie unilaterală pentru tbc. fistulizat al testicului stâng. întrebuinţând anestezie rachidiană, 8 ctgr. novocaină 8%, drenajul bursei cu tub. Bolnavul a părăsit spitalul a 10-a zi în bune condiţiuni.

— 1 cistostomie pentru extragerea unui corp străin (o bucată de sondă Nelaton). Intervenţie cu anestezie locală şi drenajul vezicei cu sonda Pezzer. Bolnava a părăsit spitalul a 20-a zi în bune condiţiuni.

— 1 marsupializare şi drenaj pentru chist hidatic al feţei inferioare a ficatului. Intervenţie în doi timpi cu anestezie locală. Bolnava a părăsit spitalul a 25-a zi în bune condiţiuni.

— 4 cazuri de hemoroizi interni şi externi, la care am intervenit prin ligatură şi rezecţie cu termocauterul a pachetelor hemoroidale, sub anestezie rachidiană. Bolnavii au părăsit spitalul a 8-a zi în bune condiţiuni.

— 2 cazuri de pleurezie purulentă cronică. Am procedat într'un caz prin rezecţie costală, pleurotomie şi drenaj cu tub. Exitus a 12-a zi în urma insuficienţei cardiace şi nefritei. In celălalt caz am intervenit prin pleurotomie simplă şi drenaj cu Pezzer. Bolnavul a părăsit spitalul în bune condiţiuni a 32-a zi.

— 1 amputaţie în 1/3 superioară a gambei pentru tbc. supurat al articulaţiei tibio-tarsiene, şi stare foarte

Dodonal

J.D. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

înlătură agripnia și în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu căte 10 dragele à 0,3 gr.

Reprezentant pentru România:

RUDOLF FOREK, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

RHEUMALGINE

Acid salicilic vegetal

Hidrolat izotonizat de plante gaultherinogene

Medicamentul de selecție al durerilor în general și al rheumatismului sub toate formele și manifestările lui în special.

1—2 injecțiuni de 2 cmc. pe zi sub cutan, sau intramuscular și la nivelul locurilor dureroase

PASSIBROVAL

Extract de Passiflora
— Valeriană
— Crategus
Bromomalonal de Calciu

Stările spasmodice, turburările menopauzei, insomnii, turburări funcționale ale cordului de origină nervoasă.

3 linguriță pe zi

Mostre și literatură Laboratorul «I F A R»

Str. Prof. Dr. M. Georgescu, 24 — București IV

Telefon 5.67.48

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten

Mijloc sigur pentru tratamentul peroral și prevenirea accelor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6

toxică. Bolnavul părăseşte spitalul a 10-a zi în bune condiţiuni.

— 11 aparate gibsate dintre care 6 Calot pentru tbc. al articulaţiei coxo-femorale, şi 5 gutiere gipsate pentru fracturi ale antebraţului.

La intervenţiile expuse am întrebuinţat anestezia rachidiană sau locală, rareori cea generală (cloroform). Cazurile operate cu anestezie locală erau supuse mişcărilor active imediat, unele din ele părăsind masa de operaţie cu propriile mijloace, cele cu rachianestezie sau cu anestezie generală s'au coborât din pat prima zi după intervenţie, afară de cele cu hernii şi histeropexii, care s'au coborât după 4 zile. Nu am avut nici un accident în ceeace privesc anestezile sau intervenţiunile chirurgicale în toate cazurile în cari am intervenit.

In afară de aceste cazuri am mai avut un număr de 54 intervenţii de mică chirurgie.

In ceeace priveşte cazurile de obstetrică şi ginecologie, am executat următoarele intervenţii:

— 2 operaţii cezariene mici pentru a întrerupe sarcina în luna 5-6 la femei cu tuberculoză pulmonară formă evolutivă. In ambele cazuri am făcut şi legătura trompelor. Ambele au părăsit secţia de chirurgie în bune condiţiuni a 12-a zi.

— 5 versiuni podalice, în 2 cazuri am extras fetuşi morţi. Deasemenea 3 cazuri de retenţii placentare pentru care am făcut extracţie placentară. In toate cazurile am intervenit sub anestezie generală. Bolnavele au părăsit spitalul a 10-a zi dela data intervenţiei în bune condiţiuni.

—18 curetaje uterine pentru a extrage resturi ovulare în urma avorturilor spontane sau provocate. Bolnavele au părăsit spitalul a 3-a — 5-a zi după intervenţie, în bune condiţiuni.

Pentru exemplificarea celor mai sus dau aci alăturat şi diagramele respec-

La un mic număr dintre aceste intervenţii am fost ajutat de Dr. Predescu S. medicul circ. Desghingea, care fiind însă apoi concentrat am fost ajutat de sora dela sala de operaţii.

Intreg personalul spitalului fiind bine instruit şi foarte conştiincios, mi-a fost de un real folos.

Această activitate la spital, în cadrul stagiului medical mi-a fost de un real folos, atât mie mai cu seamă pentru punerea în aplicare pe un câmp atât de întins a cunoştinţelor chirurgicale, cât şi cred, spitalului pe care l'am condus.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Vizita domnului Ministru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, la Instituţii e Sanitare din Basarabia

In zilele de 5, 6, 7, 8 şi 9 Septembrie d. **prof. dr. P. Tomescu,** ministrul sănătăţii şi ocrotirilor sociale, împreună cu d-nii **dr. I. Stoichiţia,** secretar general al ministerului, d. prof. **dr. Al. Cosăcescu,** membru al Consiliului sanitar superior, conferenţiar **dr. Hurmuzache** şi dr. **C. Daniel,** asistent Universitar au vizitat instituţiunile sanitare şi de ocrotire din Basarabia.

JUDEŢUL BALŢI

D. ministru a vizitat Spitalul de Stat din **Bălţi** bine dcondus de d. dr. Stoian, care este în curs de reparare şi amenajare, precum şi Serviciile sanitare ale oraşului şi judeţului Bălţi.

S'a constatat progresele importante realizate în funcţionarea spitalului şi a serviciilor sanitare şi d. ministru a dat îndrumări pentru acţiunea de ocrotire a copiilor ce va începe la dispensarul de pericultură din Bălţi.

JUDEŢUL SOROCA

Dela Bălţi, d. Ministru s'a îndreptat spre **Soroca** unde a vizitat spitalul de Stat, care este organizat în bune condiţiuni şi unde actualmente se fac lucrări de reparaţia stricăciunilor cauzate de bolşevici. D. ministru a dat instrucţiuni ca întreaga acţiune sanitară să se concentreze la spital, unde se va instala şi serviciul sanitar al oraşului.

Pe lângă spitalul de Stat din Soroca, condus de d. **dr. Constandache,** funcţionează un laborator de analize şi o farmacie bine înzestrată.

JUDEŢUL ORHEI

Spitalul de Stat din Orhei construit de ministerul sănătăţii, are o secţie de chirurgie, una de medicină internă şi o secţie de maternitate.

Această instituţie are o capacitate de 150 paturi şi va fi în curând organizată astfel ca să lucreze cu maximum de randament.

Serviciul sanitar al judeţului şi oraşului desfăşoară o activitate susţinută pentrucombaterea bolilor contagioase.

Constatând numărul mic de farmacii din acest judeţ, d. Ministru a luat măsuri pentru ca să se înfiinţeze aici, în urma concursul de concesiune ce se va da în toamna acestui an, mai multe farmacii româneşti.

JUDEŢUL LAPUŞNA

La Chişinău, d. Ministru a vizitat spitalul «Regina Maria», care este condus în cele mai bune condiţiuni de d. **dr. N. Constantinescu,** medic primar director. D. ministru l-a felicitat călduros pentru frumoasa organizare a spitalului şi pentru activitatea medicală ce desfăşoară.

S'a inspectat apoi spitalul de boli mintale şi nervoase **Costiugeni,** care are o capacitate de 800 de paturi şi unde s'a realizat sub direcţia d-lui dr. Isanos îmbunătăţiri importante şi progrese însemnate în funcţionarea spitalului.

Pentru ca bolnavii internaţi în acest spital să fie ocupaţi cu o muncă utilă lor şi instituţiei, d. ministru a promis că va interveni pentru a se restitui acestui spital o parte din terenurile ce i-au fost luate în 1919.

Spitalul Central din Chişinău are o capacitate de 375 paturi şi este bine organizat de **d. dr. Ceapă,** medic primar director, care a realizat o îmbunătăţire remarcabilă a condiţiilor de funcţionare

Această instituţie are un randament însemnat şi asigură asistenţa medicală a unui mare număr de bolnavi.

D. ministru a vizitat apoi **Maternitatea din Chişinău** care este organizată în cele mai bune condiţiuni şi asistă un mare număr de gravide. D. Ministru a arătat că este necesar ca la acest spital să se înfiinţeze cât mai repede un serviciu de medicină infantilă şi unul de chirurgie infantilă, creindu-se astfel un centru de asistenţă medicală al mamei şi al copilului.

Spitalul de boli contagioase şi de tuberculoză este foarte bine organizat de **d. dr. Munteanu,** medicul primar director al acestui spital. Serviciul de tuberculoză pulmonară nou înfiinţat este utilizat ca serviciu de triaj pentru **sanatoriul de t. b. c. Vorniceni.**

Laboratorul de igienă din Chişinău este bine înzestrat şi funcţionează în condiţiuni bune.

Domnul ministru a vizitat apoi Centrul de ocrotire al copiilor care este condus de **d-na dr. Bonciu** şi care are o foarte frumoasă activitate.

Au fost vizitate apoi spitalele destinate îngrijirii răniţilor din războiul nostru de desrobire, care au fost organizate sub directa conducere a d-lui **general Atanasiu,** căruia d. Ministru i-a adus cele mai călduroase felicitări pentru frumoasa operă ce a realizat.

D. ministru a vizitat apoi cursurile pentru pregătirea învăţătoarelor de igienă şi gospodărie.

Au fost vizitate apoi aşezămintele întemeiate de Consiliul de Patronaj al Operelor Sociale în fruntea cărora stau restaurantul pentru intelectuali şi dispensarul de puericultură. Acesta este organizat de d-na general Atana-

siu în cele mai bune condiţiuni având şi o bucătărie de lapte şi urmând să se înfiinţeze aici un cămin de zi.

JUDEŢUL TIGHINA

D. Ministru a vizitat la Tighina, Spitalul de Stat care a fost reorganizat şi reparat în urma devastărilor făcute de bolşevici. Mai sunt necesare o serie de reparaţiuni la acest spital, şi serviciile de medicină internă şi maternitate vor fi amenajate în condiţiuni bune.

Au fost inspectate apoi serviciile sanitare ale judeţului şi oraşului Tighina, precum şi staţiunea de dezparazitare din Tighina.

Dela Tighina, d. Ministru s'a îndreptat spre Căuşani, unde spitalul mixt din localitate a fost organizat şi amenajat în cele mai bune condiţiuni de **d. dr. Comârzan** care desfăşoară o remarcabilă activitate medicală şi chirurgicală în întreaga regiune.

JUDEŢUL CETATEA-ALBA

D. ministru a inspectat **Spitalul de Stat din Cetatea Albă,** care are nevoe de reparaţiuni şi amenajări însemnate.

Dela Cetatea-Albă, d. ministru s'a îndreptat spre Bugaz unde a constatat marile devastări şi stricăciuni făcute de bolşevici la sanatoriul de t. b. c. osoasă dela Bugaz, care avea o capacitate de 500 paturi şi era organizat în cele mai moderne condiţiuni.

In staţiunea **Budachi** se va putea organiza preventorii moderne pentru copii, din toate regiunile ţării, predispuşi la tuberculoză.

CONSTATARI GENERALE

Graţie administraţiei româneşti făcută cu o deosebită competenţă de **d. General Voiculescu, Guvernatorul Basarabiei,** s'au realizat în curs de un an progrese foarte mari pe terenul sanitar.

D-sa a fost ajutat în această acţiune de **d-nii prof. dr. Bălteanu,** Comisar al Guvernului pentru epidemii şi **dr. Lisievici,** Directorul Sanitar al provinciei.

Opera ce trebuie realizată este însă, abia la început.

Distrugerile făcute de ocupaţia bolşevică, întinderea epidemiilor în acea vreme, neglijarea instituţiilor sanitare timp de un an, au creiat problemelor sanitare, o situaţie dificilă.

Graţie conmpetenţei şi muncii, medicilor noştri şi graţie spiritului creator al administraţiei româneşti, starea sanitatră a Basarabiei este astăzi foarte bună, iar instituţiile medicale sunt renovate, în mare parte.

Opera va trebui însă continuată sistematic şi perseverent.

Vizita d-lui Ministru al Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale la instituţiile sanitare din Judeţele Constanţa, şi Ialomiţa

In zilele de 29, 30 şi 31 August a. c., d. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, însoţit de d. dr. I. Stoichiţia, secretar general, a vizitat spitalele, dispensarele şi serviciile sanitare, din judeţele Constanţa şi Ialomiţa

JUDEŢUL CONSTANŢA

Dl. Ministru a vizitat spitalul de Stat din Constanţa unde serviciul de chirurgie de sub conducerea d-lui dr. Vasilescu şi maternitatea sunt foarte bine organizate.

Au fost inspectate apoi dispensariile serviciului sanitar ale Municipiului Constanţa, ambulatoriul antiveneric şi serviciul sanitar al portului Constanţa.

La Mangalia, d. Ministru a inspectat spitalul de tuberculoză osoasă care are nevoe de unele reparaţii.

Dispensarul Mangalia, condus de d. dr. Giurescu, este bine organizat şi are un rol însemnat în combaterea malariei în această regiune.

Dl. Ministru a vizitat apoi sanatoriul Soc. C. T. C. dela Carmen-Sylva, condus în cele mai bune condiţiuni de d. dr. Climescu.

S'a mai vizitat spitalul t. b. c. osoasă dela Agigea, de sub conducerea d-lui Dr. Ianaş, unde sunt îngrijiţi un număr însemnat de bolnavi.

INAUGURAREA DISPENSARULUI MEDICAL DE LA CARMEN-SYLVA

In ziua de 30 August crt., a avut loc inaugurarea dispensarului Carmen-Sylva, de sub conducerea d-lui dr. Popescu-Craiova.

După oficierea slujbei religioase d. dr. Popescu-Craiova, medicul dispensarului a arătat acţiunea ce a avut de desfăşurat pentru clădirea acestui instituţiuni.

A luat apoi cuvântul d. dr. Climescu, actualul Primar al Carmen-Sylvei, care a exprimat satisfacţia sa pentru realizarea acestui dispensar şi a arătat că iniţiativa construirei lui se datoreşte d-lui Profesor Dr. N. Gheorghiu, fost primar al Staţiunei Carmen-Sylva.

Dl. Prof. Dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, a elogiat activitatea d-lor Prof. Gheorghiu, dr. Climescu şi dr. Popescu-Craiova, cari au reuşit să construiască un dispensar atât de frumos şi de util. D-sa arată apoi că organizaţia sanitară trebue să dispună de cât mai multe dispensare la sate, care vor trebui să desfăşoare nu numai o activitate de medicină curativă, dar şi o puternică acţiune de igienă şi de combatere a boalelor sociale.

CONFERINŢA MEDICO-SANITARĂ DELA CONSTANŢA

In aceiaş zi a avut loc la spitalul «Dr. V. Sion» din Constanţa, o conferinţă cu autorităţile locale şi cu medicii oficiali pentru discutarea şi rezolvarea **problemelor sanitare.**

Dl. Ministru a arătat necesitatea ca Municipiul Constanţa să dispună de un spital cu toate secţiile de specialitate şi mai ales cu servicii de puericultură, venerice, tuberculoză şi stomatologie.

Problema tuberculozei în judeţ trebue soluţionată prin înfiinţarea unui spital de izolare şi de tratare a tuberculozei care să deservească cele două judeţe ale Dobrogei.

Dl. Ministru a dat apoi instrucţiuni pentru înfiinţarea unei şcoli de surori-infirmiere pe lângă acest spital.

Dl. Ministru al Sănătăţii a felicitat pe medicii spitalului în frunte cu dl. Director dr. Vasiliu, pentru frumoasa lor activitate, solicitându-i pentru noui realizări în colaborare cu autorităţile locale.

Dl. Col. Ignătescu, Prefectul judeţului şi d. col. Oprescu, Primarul oraşului, au arătat că vor lucra cu tot entuziasmul pentru progresul sanitar al oraşului şi judeţului Constanţa.

JUDEŢUL IALOMIŢA

D. **Prof. Dr. P. Tomescu** a vizitat Spitalul de Stat din Călăraşi care desfăşoară o frumoasă activitate medicală şi chirurgicală.

Acest spital a fost reorganizat şi condus cu o deosebită competenţă de regretatul dr. Pompeiu Samarian, autorul cunoscutelor studii de istorie a medicinei şi farmaciei române.

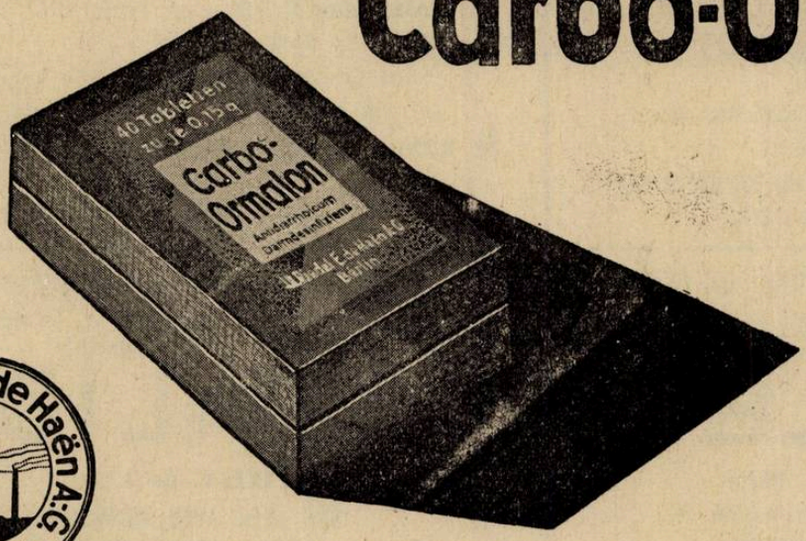
Dl. Ministru a elogiat frumoasa activitate a d-lui Dr. **Boca,** Directorul Spitalului şi a d-rei dr. E. Ionescu, medic şef al laboratorului de igienă din localitate, care a organizat în bune condiţiuni laboratorul ce conduce.

S'a vizitat apoi Baia comunală, clădită din iniţiativa d-lui avocat Cealâc, Primarul oraşului, care desfăşoară una din cele mai remarcabile acţiuni pentru ridicarea socială şi sanitară a oraşului.

Constatând deasemenea frumoasa acţiune de ridicare a nivelului sanitar şi de ocrotire pe care dl. Prefect Colonel Ştefănescu o desfăşoară în judeţ, dl. Ministru i-a exprimat viile sale mulţumiri pentru frumoasa operă ce realizează.

Pentru desinfecţia intestinului

Carbo-Ormalon



J.D. Riedel-E. de Haën A.G. Berlin

în enteritele
diaree
sindromul gastro-cardiac
meteorism

Reprezentant pentru România:
RUDOLF FOREK, Bucureşti III, Strada G-ral Eremia Grigorescu Nr. 6

DECUFER

combinaţie ideală pentru combaterea rachitismului şi anemiei, un comprimat conţinând:

DE = VITAMINA D: 500 U. I.
CU = CUPRU CARB.: 0,4 Mg.
FER = FER REDUS: 20 Mg.

CUTIE CU 60 COMPRIMATE

N.V. ORGANON
OSS (Olanda)

Reprezentanţa pentru România:
ODOL-PHARMA
SECŢIA FARMACEUTICĂ
ODOL S. A. R.
STRADA APOSTOL MĂRGĂRIT, 22 — TELEFON 5-6776
BUCUREŞTI IV

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)
Cutii a 10 fiole a 2 cc.
Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*
Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.
Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubuisard — Paris
Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu
Medicament aliment, gust plăcut.
Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică
In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.
Sec. Prof. WIECHOWSKY
Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%
Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.
Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.
Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).
Pastile aromatizate, cu gust plăcut
şi uşor divizibile în sferturi.
Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.
Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.
Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
conţin săruri veritabile de Vichy
Cutii a 12 pachete
1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor
Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin St. Maur (France)
Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.
Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.
Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale
„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

fabrica de produse chimice
gedeon richter
București V,
Str. Logofătul Taut No. 99
Telefon 5.69.03

Preparat sulfamidat

AMBESID

TABLETE

Conținând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tabletă.

Indicat în stările de infecțiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi, gonococi și colibacili.

FERCUPAR

TABLETE

(Fer, cupru, ficat, vitamină B.)

Indicat în toate anemiile și în reconvalescență.

Hormonul folicular cristalizat

Glandubolin

Tablete de 1000, 300 și 1000 Unități internaționale.

Fiole de 100 Unități internaționale, în soluție apoasă.

Fiole de 100, 10.000 și 50.000 unități internaționale în soluție uleioasă.

«EMINESCU» S. A. R. București, str. Ing. Anghel Saligny 2 Tipărită la 15 Septembrie 1942

MANDELAT
«ASTA»
pentru terapia specifică la
Coli-infecțiuni
ale căilor urinare
Magnesium-Mandelat „Asta"
(granulat solubil în intestinul subțire)
Amonium-Mandelat „Asta"
(lichid)
Absolut netoxic!
Foarte economic
(tratament de scurtă durată)
ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Anul XX No. 19 — 15 Lei Exemplarul — 1 Octombrie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.
Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază
Str. Olari 15, Bucureşti, IV
Telefon 239/43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Dr. A. STROE, I. IROFTI-BRUCKNER şi C. MIHAI: *Tratamentul diferitelor turburări gastro intestinale şi dizenteriilor bacilare la copii* . 245

Dr. AT. IANAS şi Dr. N. CORLĂŢEANU: *Asupra tratamentului coxei vara infantile* 249

Dr. E. LAZEANU, S. CIOMAC şi Dr. GH. DOBRESCU: *Consideraţiuni asupra abceselor pulmonare şi a tratamentului lor prin undescurte* . 251

Dr. HORIA SLOBOZIANU şi Dr. L. N. NERARŢIU: *Etiologia mortinatalităţii şi a mortalităţii infantile precoce* 253

Dr. VIRGIL POPA: *Colapsoterapia în tratamentul pleureziei acute primitive* 254

Dr. AL. LAMBESCU şi Dr. M. TEŞOIU: *Cauzele pneumopatiilor consecutive intervenţiunilor pe stomacul ulceros* 255

Dr. DIM. DOBRESCU: *Injecţiunile sclerozante în tratamentul hemoroizilor* 257

Dr. S. SURUCIU: *Consideraţiuni asupra gingivoragiilor datorite trombopeniei esenţiale* 259

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Vizitele D-lui Ministru al Sănătăţei şi a membrilor Consiliului Sanitar la instituţiile medicale din judeţele R.-Sărat, Bacău şi Neamţ; Concursul pentru medicii igenişti de plasă şi centre de sănătate . 260

KRESIVAL

Expectorantul ideal în toate afecţiunile acute şi cronice ale organelor respiratorii

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R., Bucureşti I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3.92.86.

QUADRO-NOX

graţie efectului său liniştitor, care se produce întrebuinţând chiar doze mici, datorit lipsei de fenomene secundare, se poate lua zilnic ca

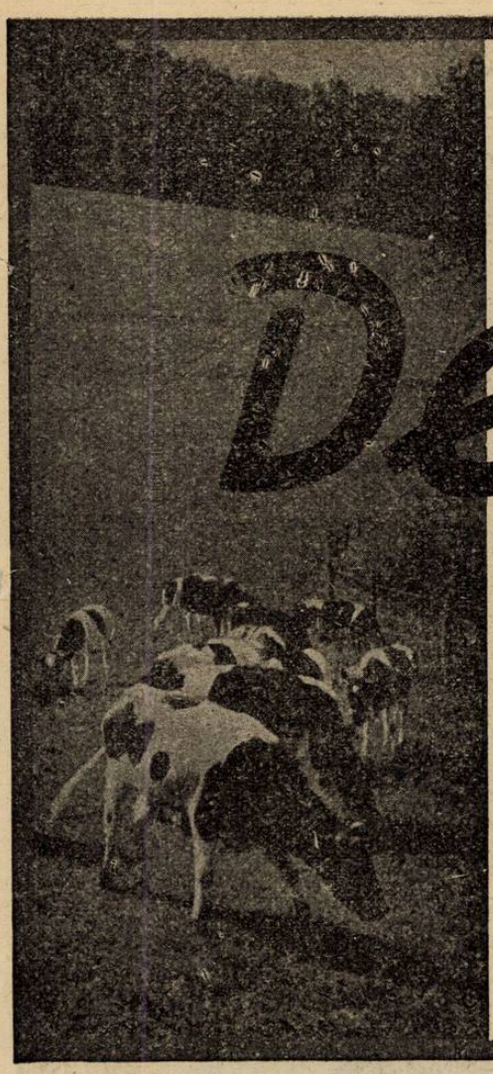
SOMNIFER

Obişnuinţa sau o slăbire a efectului nu apare chiar după luni de zile de întrebuinţare. Prin efectul său puternic analgezic, caracteristic produsului Quadro-Nox, este eficace în calmarea durerilor. De mare valoare şi importanţă este lipsa totală a indispoziţiunilor post-hipnotice.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEM. FABRIK BRACKWEDE

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispozitie.

Depozit permanent: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R., Strada Sft. Ionică No. 8, Bucureşti



PENTRU STIMULAREA
SECREȚIEI BILIARE: Comprimate
DIUREZEI: Fiole
Fiole

Decholin

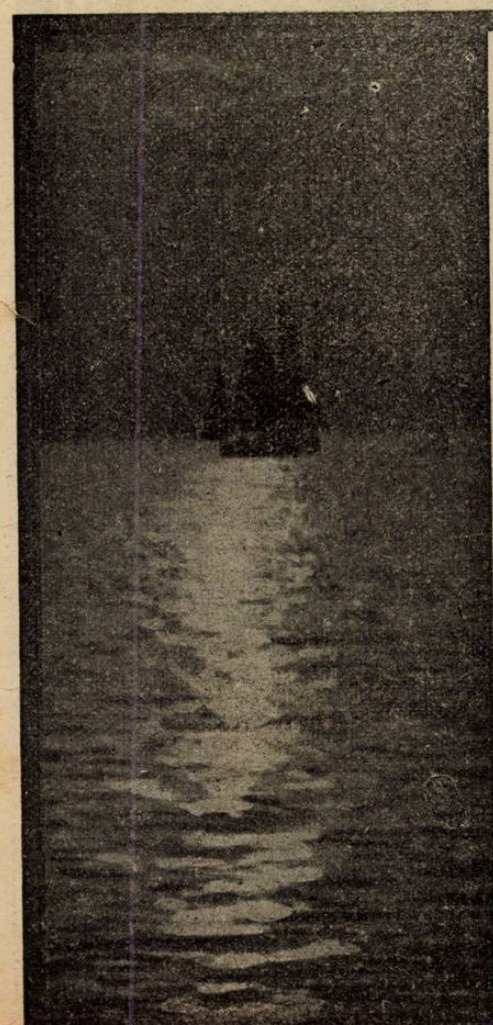
conține principiul coleretic
și cholagog al ficatului.
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



Liniștea noaptea

fără turburări consecutive a stării generale prin

NOCTAL

Tuburi cu 10 comprimate de 0,20 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK,
București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6.

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

La dureri

QUADRONAL

SIGUR * EFICACE * BINE TOLERAT

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură și eșantioane vă stau cu plăcere la dispoziție.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREȘTI

nul XX No. 19 15 Lei Exemplarul 1 Octombrie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Tratamentul diferitelor turburări gastro-intestinale şi dizenteriilor baciIare la copii cu sulfamidothiazol

de A. STROE S. IROFTI-BRUKNER. C. MIHAI

Bolile acute ale tubului gastro-intestinal, prin numărul lor mare în timpul lunilor de vară, prin apariţia lor chiar din primile luni de vârstă la copii, cât şi prin pronosticul lor, care de multe ori este foarte grav, constitue un capitol important al patologiei infantile.

Tratamentul aplicat până acum era cel dietetic; dietă hidrică şi regimuri diferite, la care se adăugau medicamentele antidiareice; iar în dizenteriile bacilare serul antidizenteric, vacinoterapia şi fagoterapia. Toate aceste tratamente aveau însă inconvenientul, că nu puteau scurta durata bolii şi copii subalimentaţi în timpul tratamentului, pierdeau mult din greutate.

Serul antidizenteric folosit în dizenteria bacilară dă rezultate bune, dar are inconvenientul de a sensibiliza organismul şi de a produce maladia serică adeseori destul de gravă la copii.

Odată cu descoperirea sulfamidelor, au fost începute o serie de cercetări experimentale, pentru a studia acţiunea acestora asupra diferiţilor germeni. In ultimii ani s'au făcut o serie de cercetări experimentale, pentru a studia acţiunea sulfamidelor asupra bacililor dizenterici. Astfel **Lawrence, Rammelkamf, Jewel. Lopez Cardozo** în 1940 au demonstrat că sulfamidele sunt puţin active in vitro asupra bacililor dizenterici, pe când sulfathiazolul şi sulfapiridina au activitate bactericidă manifestă.

Cooper şi **Keller** obţin rezultate bune cu sulfapiridina şi sulfathiazolul în infecţiunea experimentală cu bacili paradizenterici tip Flexner la şoarece.

In domeniul clinic, **Görlitzer** obţine rezultate bune în tratamentul dizenteriei bacilare cu prontosil. Apoi **Jones, Lacombe** şi **March** administrează sulfamidele în dizenteria bacilară şi enterocolitele dizenteriforme, constatând o superioritate incontestabilă a acestor preparate, cu condiţia să fie întrebuinţate cât mai precoce şi în doze mari, 5—6 gr. pe zi la adulţi.

Waldes şi **Sosa Galardo** utilizează sulfathiazolul în 12 cazuri de dizenterie bacilară cu rezultate foarte bune.

La copii cercetările sunt mai puţin numeroase. In turburările digestive ale copiilor, **Fornara**, în afară de o scădere a temperaturei, nu obţine rezultate satisfăcătoare. Din contră **Lofredo** tratând 21 cazuri de enterocolită infantilă cu sulfapiridină pe cale parenterală în doză de 0,60—1 gr., observă scăderea febrei şi modificarea rapidă a scaunelor. Mai recent **Saggese** obţine rezultate bune cu sulfamidele, mai ales în enterocolitele produse de coci, enterococci, strentococi, stafilococi, pneumococi. Cercetătorii americani **Marshall, Bratton, Edwards, Walker** utilizează un derivat sulfamidat. Sulfanilguanidina, în dezinteria bacilară cu paradizenterici. Sonne şi Flexner. Ei observă o vindecare rapidă întrebuinţând ca doză iniţială 0,10—0,20 gr. pe kg. greutate. In sfârşit citâm rezultatele bune obţinute cu sulfanilguanidina de **Bosseli**, în enterocolitele dizenteriforme ale adultului.

In anul 1941 am avut în spital un mare număr de bolnavi cu turburări gastro-intestinale acute la copii şi al căror tratament se făcea foarte greu şi era de lungă durată. Am încercat în cazurile internate spre sfârşitul verii acţiunea diferitelor sulfamide, sulfapiridine şi sulfathiazomide (2000). Cazurile au fost bine influentate de ultimile 2 grupe, prin scurtarea bolii: însă aceste cazuri nu au avut gravitatea cazurilor pe care le descrim în lucrarea de faţă.

In urma rezultatelor obţinute anul precedent am început tratarea cu Sulfatiazol a bolnavilor cu: dispepsii uşoare, medii şi dispepsii cu fenomene toxice unele din ele mergând chiar până în pragul toxicozei tipice (Finkelstein) sau intoxicaţii alimentare în (Lust), enterocolite dizenteriforme, dizenterii şi paradizenterii, dela ivirea primelor cazuri în acest an. Am tratat în total 154 cazuri şi am întrebuinţat ca sulfamidă thiazomidică: Eleudronul.

Pentru o mai bună apreciere a rezultatelor am împărţit bolnavii în grupe de vârstă 1) copii sub un an, 2) copii între 1—2 ani, 3) între 2—5 ani 4) între 5—10 ani şi 5) copii peste 10 ani şi adăugându-se la această grupă şi studiul câtorva adulţi. La copii sub un an am adoptat clasificarea lui Finkelstein, studiindu-i după această clasificare.

Grupul bolnavilor dela 0—1 an cu dispepsii acute uşoare.

Copiilor din acest grup li se aplică o dietă hidrică de 6—12 ore, rare ori de 24 ore, fiind trecuti după aceea la babeurre, iaurt în doze progresive, lapte acidulat etc. Dela internarea în spital a copilului sau în oraş se aminstra Eludron 0.10 gr. pe kilo-corp în 24 ore. Nu li se administra nici un medicament în plus.

Cantitatea medie de Eleudron întrebuinţată la 18 bolnavi cu dispepsie simplă a fost de 1.9 gr. La unii dintre copii s'a întrebuinţat doza totală de 0.75 gr. tratamentul la aceştia din urmă durând o singură zi. La celelalte cazuri tratamentul a durat în 60% din cazuri 2 zile în restul cazurilor dela 3—5 zile. Un singur caz a avut nevoe de un tratament mai lung, de 8 zile.

Grupul bolnavilor dela 0—1 an cu dispepsii acute cu fenomene toxice

Din acest grup am avut de tratat 15 copii. Cantitatea medie de Eleudron întrebuinţată la aceştia a fost de 3,20 gr. şi acestor copii nu li s'a administrat alte medicamente. Durata tratamentului a fost de 2 zile în 5 cazuri, 3 zile în 4 cazuri. 6—8 zile în 4 cazuri iar 2 cazuri au fost letale.

Activitatea acestor substanţe sulfamidotiazomidice se manifestă prin:

1) Influenţa asupra scaunelor. **In grupul de dispepsii uşoare** scaunele au fost net modificate în primele 24 ore scăzând dela 6—11 scaune la 0—2 scaune în 24 ore la o treime din bolnavi, la celelalte 2 treimi scaunele scad în 3—5 zile, ajungând dela 6—20 scaune pe zi la 0—5 scaune.

In dispepsiile grave numărul scaunelor scade dela 8—12 pe zi la 2—3 scaune în primele 24 ore iar în celelalte cazuri influenţa se manifestă între a 3-a şi a 5-a zi.

Concomitent cu această scădere a numărului scaunelor se observă la am-

bele grupe de bolnavi şi modificarea calitativă a acestora, în sensul că devin mai consistente, mucozităţile diminuă până la dispariţie, culoarea devine gălbue spre normal şi aspectul mucogrunjos este înlocuit de un aspect mai normal al scaunului.

2) Influenţa asupra vărsăturilor. Vărsăturile au fost net influenţate de această terapie. Eleudronul a fost administrat imediat după o vărsătură, pentru a putea fi reţinut şi absorbit. Vărsăturile au dispărut după 2 zile în cele mai multe cazuri, menţinându-se însă în altele până în a 5-a zi de tratament. La cele 2 cazuri letale influenţa a fost nulă.

3) Influenţa asupra febrei.

In cazurile febrile de dispepsie uşoară care au fost 14 la număr febra a fost net influenţată în jumătate din cazuri în primele 24 ore, iar în celelalte, febra a scăzut între 2—5 zile.

In 15 cazuri de dispepsii cu fenomene toxice febra a fost influenţată în 3 cazuri a 2-a zi de tratament, în 3 cazuri după 3 zile, în celelalte cazuri după 4 zile, exceptând cele două cazuri letale la care febra s'a menţinut între 7 şi 10 zile.

4) Influenţa Eleudronului asupra fenomenelor toxice şi asupra curbei de greutate. Se observă în unele cazuri o influenţă atât de promptă asupra turburărilor toxice după primele ore de tratament, în cât copilul este complect transformat. Somnolenţa, refuzul de a bea, vocea stinsă, aspectul faciesului arătând stadiul de intoxicaţiune destul de pronunţată, diminuă, mergând cu paşi repezi spre ameliorare şi vindecare. Am putut observa la unele cazuri, în care prognosticul la prima impresiune era dintre cele mai grave, transformări rapide în bine a 2-a zi de boală. Curba de greutate, din cauza rapidităţii de acţiune a Eleudronului şi-prin scurtarea manifestă a boalei, nu este influenţată. Marea majoritate a copiilor cresc în greutate cu 100—400 gr. în timpul tratamentului. Cazuri de scăderi în greutate de minimă importanţă au fost observate în timpul evoluţiei la unele cazuri, un caz de dispepsie toxică.

Edeme nu s'au observat.

Dacă comparăm atât dispepsiile simple cât şi cele cu stări toxice din anul 1941 tratate cu regimuri şi medicamente arhidiareice, cu cele din 1942 în care s'a introdus sulfamidele thiazomidice în tratament, se observă diminuarea numărului zilelor de boală, şi o scădere mare a mortalităţii în formele grave, şi anume 2 din 15 cazuri în 1942 pe când numărul cazurilor letale au fost 14 din 16 în 1941.

Dăm observaţia clinică a unui caz de dispepsie acută uşoară şi a unui caz de dispepsie acută cu stare toxică:

1. **Observaţia unui caz de dispepsie simplă.**

U. F. de 10 luni bolnavă de 7 zile, este adusă în spital pentru: febră, inapetenţă, scaune frecvente 10—12 pe zi, cu caracter muco-grunjos alternând cu scaune lichide.

La examenul obiectiv, copilul prezintă distrofie marcată, cântăreşte 5,320 gr. la 10 luni, este febril 38° gr., prezintă hepato-splenomegalie moderată. Nu se găseşte nimic deosebit la examenul aparatului respirator şi circulator.

Bolnavul este supus imediat după internare unei diete hidrice de 24 ore. Se dau apoi câte 6 mese pe zi de iaurt în doze crescânde.

A 2-a zi se administrează copilului 0,50 gr. de Eleudron. După 24 ore temperatura scade la normal, scaunele 9 la număr devin mai consistente cu acelaş aspect mucogrunjos, dispărând complect însă cele apoase. După 48 ore numărul lor scade la 4 iar a 3-a zi a tratamentului, copilul prezintă un singur scaun normal. Bolnavul părăseşte spitalul în a 5-a zi complect vindecat, cu o creştere în greutate de 250 gr. Cantitatea totală de Eleudron administrată a fost de 1,5 gr.

2. **Observaţia clinică a unui caz de dispepsie acută cu turburări toxice.**

P. D. în vârstă de 12 luni, bolnav de 2 zile, este adus în serviciu pentru stare febrilă, vărsături şi scaune apoase alternând cu mucoase, 16 pe zi. La examenul obiectiv copilul este distrofic, cântăreşte 6000 gr., cu stare generală foarte alterată, este somnolent, prezintă cearcăne în jurul ochilor, nasul efilat, este dispneic, deshidratat, hipoton, febril 38°.

Bolnavul este supus unei diete hidrice de 24 ore, apoi se dau 10 mese de câte 10 gr. de babeurre. Din primele momente se prescrie Eleudron 2×½ tablete pe zi. După 24 ore copilul nu mai e somnolent, vărsăturile încetează, are 4 scaune de aspect apos şi muco-grunjos, temperatură 37°. După 48 ore starea generală foarte bună, are doar 2 scaune de aspect normal. Este impresionantă evoluţia clinică a acestui caz, care deşi are o distrofie destul de înaintată, reacţionează net la Eleudron şi vindecarea se produce extrem de repede.

Dispepsii uşoare de durată lungă.

In afară de aceste turburări cu evoluţie acută, am avut prilejul să observăm la copii dela 0—5 ani, dispepsii uşoare cu durată lungă de 2—3 săptămâni, cu 2—4 scaune pe zi de aspect muco-grunjos, alternând cu scaune lichide şi scaune normale, fără alterarea stării generale, unele cazuri prezentând doar o uşoară stagnare în curba de creştere a greutăţii. In toate aceste cazuri am obţinut cu Eleudron o vindecare rapidă, o normalizare a scaunelor în 2—3 zile.

Dăm observaţia unui asemenea caz.

I. M. A. de 5 ani, bolnav de 14 zile când a început să aibă 2—4 scaune pe zi, fără sânge, cu mucozităţi, alternând cu scaune normale. Se supune copilul la diete hidrice repetate, regimuri severe; după 14 zile de tratament starea gastro-intestinală se menţine aceiaş.

Se administrează copilului Eleudron timp de 2 zile câte 2 tablete pe zi, concomitent regim apropiat. După 2 zile copilul are un singur scaun de aspect normal, această stare continuă a fi bună şi în zilele următoare, când copilul se trece la regimul obişnuit.

Bolnavi cu enterocolite acute dizenteriforme sub 2 ani

Numărul cazurilor de enterocolite dizenteriforme tratate cu Eleudron a fost de 40 copii, internaţi între a 4-a şi a 25-a zi de boală. Tratamentul aplicat acestora a fost acelaşi ca şi la cei cu dispepsie acută. S'a administrat în plus ca purgativ, sulfat de sodiu în doză de 1 gr. pe an de vârstă.

In acest grup de bolnavi ca şi la precedentul rezultatele sunt foarte bune. Evoluţia bolii spre vindecare se face repede. După 24 până la 48 ore sângele dispare primul din scaune. Acestea capătă aspectul normal între a 3 a şi a 6 a zi de tratament. Tenesmele deasemenea sunt printre primele simptome ce dispar. Durata medie a bolii a fost de 3,21 zile cu variaţii între 1—5 zile, exceptând un caz a cărui vindecare s'a obţinut după 11 zile de tratament.

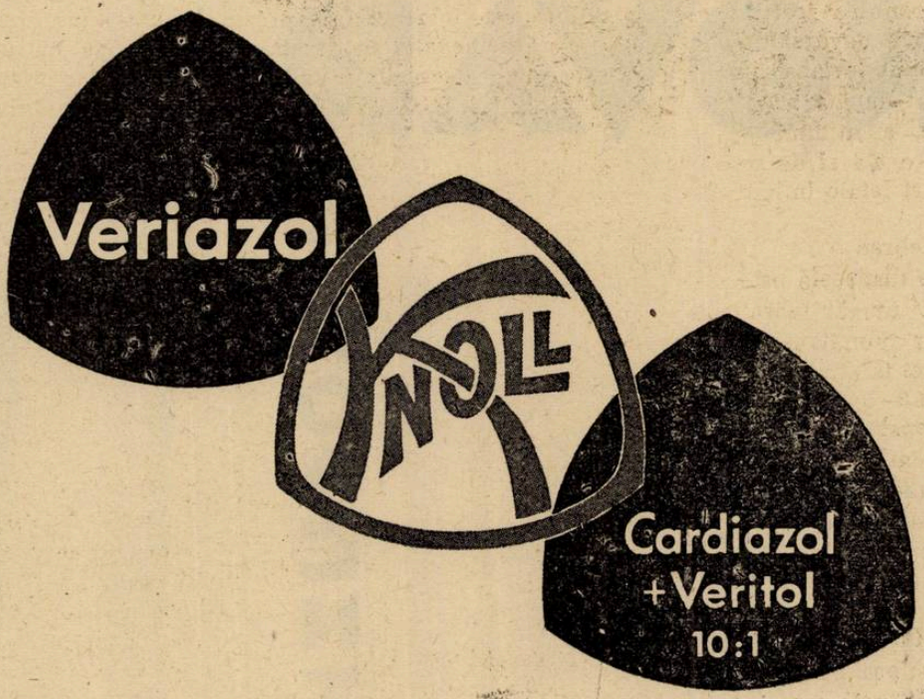
Dăm foaia de observaţie a unui caz.

M. D. în vârstă de 12 luni, bolnav de 5 zile, este adus în spital pentru: stare febrilă, inapetenţă şi scaune muco-sanghinolente ce oscilează între 20—25 pe zi.

Copilul distrofic, cântăreşte 5.500 gr., este agitat, uscor deshidratat, fără vărsături, nu prezintă nimic altceva la examenul obiectiv.

La internare se dă sulfat de sodiu concomitent cu dietă hidrică de 24 ore, apoi după câteva ore se administrează Eleudron câte ½ tabletă de 2 ori pe zi. După 24 ore dela administrarea Eleudronului, numărul scaunelor scade la 3 iar în a 3 a şi a 4-a zi a tratamentului, copilul nu are nici un scaun. Părăseşte spitalul în a 6-a zi complect vindecat.

La copii de aceeaş vârstă, cu enterocolită dizenteriformă din cursul anu-



Analeptic

cu acţiune centrală mărită şi acţiune periferică energică.

Contra atoniei circulatorii consecutive maladiilor infecţioase, în intoxicaţii, pre- şi postoperator, în stările de epuizare, în convalescenţă, în răul de röntgen.

In colaps, accidente de narcoză,
intoxicaţii,
paralizii vasculare, asfixie.

Lichid: Flacoane de 10 gr.
Tablete: Tuburi de 10 buc.
Fiole: Cutii de 5 buc. à 1,1 cmc.

KNOLL A.-G., LUDWIGSHAFEN PE RIN

Knoll S. A. R., Str. Atena 29, Bucureşti 3.

NOVARSENOBENZOL BILLON

RĂMÂNE MEDICAMENTUL CEL MAI INDICAT AL

TRATAMENTULUI DE ASALT AL SIFILISULUI

INJECȚII ÎNTRAVENOASE

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères & "USINES du RHONE"

DRÉVILL

Propaganda Medicala „SPECIA" Str. Atanasie Simu, 6 — București (III)

lui 1941, tratați fără Eleudron, evoluția bolii a fost mult mai lentă, a durat în medie 17,5 zile cu variații dela 5,34 zile, scaunele recăpătând aspectul normal abia după 5—17 zile, iar în unele cazuri, scaunele se mențin cu aspect mucos în număr de 4—8 pe zi până la plecarea din spital, cu tot regimul sever aplicat.

Bolnavi cu enterocolită dizenteriformă și dizenterie dela 2—5 ani.

Din numărul total de 17 cazuri din acest grup la 2, au fost zolați bacili dizenterici de tip Shiga, în restul cazurilor s'au izolat colibacili, coci, streptococi, stafilococ, etc. Tratamentul aplicat acestor bolnavi a fost similar celor din grupul precedent.

Cantitatea totală de Eleudron administrată acestor bolnavi a fost în medie de 3,55 gr. variind între 1 gr. până la 7 gr.

Numărul scaunelor la acești bolnavi au oscilat între 14—28 pe zi, înaintea tratamentului. In toate aceste cazuri, febra scade în 24—48 ore după administrarea de Eleudron, tenesmele cedează cele dintâi, iar sângele dispare din scaune după 1—5 zile. Durata medie a bolii a fost în medie de 3,6 zile cu oscilații dela 1—7 zile. La cele 2 cazuri de dizenterie bacilară am observat același mod de a reacționa la acest medicament. Toate cazurile s'au vindecat.

La copii de aceiași vârstă din anul 1941, tratați cu regim și medicație antidiareică, durata medie a bolii a fost în medie de 15.50 zile cu variații de 5—27 zile. Tot la aceștia notăm că în câteva cazuri, după o internare în spital de 10—20 zile, în care timp s'a aplicat tratament dietetic sever și mediația antidiareică, scaunele au persistat până la plecarea din spital în număr de 4—6 cu aspect mucos. Mortalitatea a fost de 10%.

Dăm foaia de observație a unui caz, tratat cu Eleudron.

V. G. de 4 ani, bolnav de 10 zile se internează în spital pentru febră, dureri abdominale, tenesme și scaune muco-sanguinolente ce au oscilat între 10—30 pe zi.

La internare în spital bolnavul este febril 40°, tegumentele palide, abdomenul dureros la palpare, prezintă tenesme. Are 14 scaune de aspect muco-sanguinolent. Din scaune se izolează un bacil Shiga.

Imediat după internare bolnavul este supus unei diete hidrice de 24 ore, i se dau 5 gr. sulfat de sodiu și după 5 ore Eleudron 1 tabletă de 2 ori pe zi. A 2-a zi febra scade la 37°, tenesmele dispar, numărul scaunelor scade la 6, se mențin sanghinolente. A 3-a zi sângele dispare din scaune, ce capătă aspect fecaloid, iar a 4-a zi copilul prezintă 2 scaune de aspect normal.

Doza totală de Eleudrom administrată a fost de 4 gr. în 4 zile.

Bolnava părăsește serviciul complect vindecată în a 5-a zi dela începutul tratamentului cu Eleudron.

Bolnavi cu enterocolite dizenteriforme și dizenterii dela 5—10 ani

In acest grup au fost 27 bolnavi, din care 8 cu dizenterie bacilară, și 19 cu enterocolită dizenteriformă.

Cantitatea medie de Eleudron administrată acestor bolnavi a fost de 7,11 gr. la cei cu enterocolită dizenteriformă și 6,9 gr. la cei de dizenterie bacilară, cu variații dela 2—15 gr.

Durata medie a bolii la acești bolnavi a fost de 3, 4 zile, cu variații de la 2—8 zile. Nu se observă diferență apreciabilă între durata bolii la cei cu enterocolită, față de cei dela cari s'a izolat bacili dizenterici.

Ca și la bolnavii din grupul precedent, se observă și la aceștia o scădere rapidă a temperaturii, dispariția tenesmelor și a sângelui din scaune, cu revenirea lor în câteva zile la normal ca număr și aspect. Toate cazurile s'au vindecat.

La bolnavii de aceeași vârstă din cursul epidemiei din 1941, tratați fără Eleudron, doar cu ser antidizenteric, durata medie a bolii a fost mult mai lungă 11,5 zile cu variații dela 7—16. Dintr'un lot de 8 cazuri cu dizenterie bacilară unul a fost letal.

Dăm observația clinică a unui caz de dizenterie din acest gurp: L. M. de 9 ani bolnav de 3 zile cu stare febrilă, dureri abdominale, tenesme, scaune sanghinolente numeroase, ce oscilează între 30—50 pe zi. La examenul obiectiv se constată: bolnavul ușor deshidratat, sub febril 37°,4, abdomenul foarte sensibil la palpare. Prezintă tenesme și 50 scaune cu aspect sanghinolent. Din materiile fecale se izolează un bacil dizenteric de tip Shiga.

Imediat după internare se administrează bolnavului 10 gr. sulfat de sodiu, se supune la o dietă hidrică de 24 ore, urmată de cantități crescânde de lapte și i se dau 5 tablete de Eleudron pe zi. A 2-a zi numărul scaunelor scade la 10, sângele și tenesmele dispar, iar a 3-a zi nu mai are nici un scaun.

Bolnavi cu enterocolită dizenteriformă și dizenterii peste 10 ani

In acest grup am înglobat toate cazurile de enterocolită dizenteriformă și dizenterie la copii peste 10 ani și adulți. In acest grup au fost 16 cazuri de dizenterie bacilară și 16 cazuri de enterocolită dizenteriformă.

Dăm observația clinică a unui bolnav din acest grup.

I. S. P. de 19 ani, bolnav de 7 zile cu febră, dureri abdominale, tenesme și scaune sanghinolente nenumărate.

La examenul obiectiv, bolnavul foarte deshidratat, febră 38° intoxicat, abdomenul este foarte sensibil la palpare, are tenesme foarte accentuate, prezintă până a 2-a zi 100 scaune sanghinolente. După o dietă hidrică de 24 ore și 20 gr. sulfat de sodiu, se dau bolnavului a 2-a zi 8 tablete de Eleudron. După 24 ore scaunele scad la 10, tenesmele dispar iar durerile abdominale persistă însă atenuate. Persistă și sângele în scaune. A 3-a zi numărul scaunelor scade la 5, cu aspect fecaloid, sângele complect dispărut, durerile încetează, bolnavul simțindu-se foarte bine. A 4-a zi bonavul are 2 scaune normale. A luat în total în timpul tratamentului 13 gr. de Eleudron.

Cantitatea de Eludron întrebuințată la acest grup de bolnavi a fost în medie 8,5 gr. în enterocolitele dizenteriforme și 11 gr. în dizenteria bacilară, variind dela caz la caz între 3—22 gr. Durata medie a bolii la acești bolnavi a fost de 3,11 zile, oscilând între 12 ore până la 5 zile. Intr'un singur caz de dizenterie la care s'a izolat paradizenterricul Fexner boala a durat 8 zile până la normalizarea totală a scaunelor.

Și la acest grup de bolnavi Eleudronul influențează net temperatura, tenesmele și durerile abdominale, precum ajută la normalizarea repede a scaunelor.

La cei din anul 1941 tratați numai cu ser antidizenteric, durata medie a bolii a fost de 9 zile cu variațiuni dela 4—16 zile, durată ce nu am observat-o la nici un caz din cele tratate cu Sulfathiozomide.

Recăderi.

In 6 cazuri de enterită dizenteriformă care au fost net influențate de Eleudron, în cât fenomenele morbide generale s'au amendat chiar în primele 24 ore vindecarea complectă survenind în a 2-a sau a 3-a zi dela începutul tratamentului. După 7—8 zile în medie am observat reîmbolnăviri cu simptomatologia clinică dela începutul boalei. Reluarea tratamentului cu Eleudron a avut aceleași efecte ca și în prima îmbolnăvire. Asemenea recăderi am observat și în 2 cazuri cu dispepsie cu fenomene toxice dintre care unul a fost mortal.

Toleranţa medicamentelor thiazomidice

Aceste medicamente sunt foarte bine suportate de copii, aşa că nu putea cita din numărul total de 149 copii trataţi accidente decât în 3 cazuri.

La un copil de 1 an s'a observat o cianoză a buzelor în a 3-a zi de tratament, timp în care a avut loc însă însănătoşirea copilului, fapt care a determinat suprimarea tratamentului şi după aceasta dispariţia cianozei.

Un alt copil face o uşoară erupţie urticariformă care durează 2 zile. La un copil de 3 ani cu dizenterie cu bacilii Shiga, febră 38°, 40 scaune pe zi net dizenterice, după instituirea Eleudronului febra ajunge la 37°,4, scaunele se răresc la 8 şi numai cu striuri sanghinolente. In a 4-a zi de tratament copilul face brusc un epistaxis abundent însoţit de hematemeză cu alterarea extrem de gravă a stării generale. Se face de urgenţă tamponarea foselor nazale, transfuzie 200 cmc. de sânge şi injecţii cu gluconat de calciu. Eleudronul a fost suprimat. Numărul scaunelor se ridică din nou la 24 şi copilul se vindecă după 18 zile cu tratament higieno-dietic şi medicaţie antidiareică.

Concluzii.

1. Am administrat Sulfothiazomidele în tratamentul turburărilor acute gastro-intestinale la copii sub un an, în enterocolite dizenteriforme şi dizenterii, la copii până la 14 ani şi la câtiva adulţi. Numărul total al bolnavilor trataţi a fost de 149.

2. Bolnavii trataţi împărţiţi pe grupe se împart:

Copii sub un an.

a) 18 cu dispepsii simple, uşoare şi medii.

b) 15 cu dispepsii cu stare toxică.

Copii sub 2 ani.

a) 40 cu enterite dizenteriforme.

Copii dela 2—5 ani.

a) 15 enterite dizenteriforme.

b) 2 dizenterii bacilare.

Copii dela 5—10 ani.

a) 19 cu enterocolită dizenteriformă.

b) 8 cu dizenterie bacilară.

Copii peste 10 ani şi adulţi.

a) 16 cazuri de enterocolită dizenteriformă.

b) 16 cazuri de dizenterie bacilară.

3. Administrarea de sulfamidothiazol (Eleudron) la copii sub un an cu dispepsii uşoare a fost urmată de dispariţia vărsăturilor, diminuarea numărului scaunelor şi revenirea lor la normal şi deci o vindecare destul de rapidă în 2—5 zile.

La copii de aceeaşi vârstă cu dispepsii cu fenomene toxice grave s'a obţinut o vindecare şi aici destul de rapidă **prin dispariţia fenomenelor toxice.** dispariţia vărsăturilor şi micşorarea şi normalizarea scaunelor într un interval de 2—8 zile.

Din 15 cazuri cu dispepsii cu stare toxică 2 au sucombat, 1 cu vărsături extrem de frecvente, care a făcut imposibilă administrarea Eleudrnuolui ar cel de al 2-lea caz într'o recădere a boalei.

Comparând cazurile din acest an cu cele din anul precedent unde am avut 16 cazuri cu acelaşi aspect toxic, vedem o mare disproporţie căci atunci am avut 14 cazuri letale.

4. La copii mai mari de 1 an influenţa Eleudronului a fost netă în toate enteritele dizenteriforme şi dizenteriile bacilare scoborând numărul zilelor de boală dela 15—18 în medie la 3—4 zile.

5. La copii peste 10 ani şi la adulţi influenţa a fost similară grupului de sus, scăzând durata medie a dizenteriei bacilare sub 5 zile de tratament faţă de 8—10 zile la cei trataţi cu ser ant dizenteric din epidemia din 1941 şi de 3—4 zile la copii cu enterocolită dizenteriformă faţă de 10—11 zile de tratament la cei fără Eleudron.

7. Eleudronul a fost administrat în doză de 0,10 gr. pe Kilocorp la copii mici, până la vindecarea bolii, iar la cei peste 10 ani şi la adulţi în doză de 4—5 gr. pe zi.

7. Cu introducerea Sulfathiazolului în tratamentul bolilor acute gastro-intestinale la copii şi a dizenteriilor bacilare s'a făcut un vădit progres. Prin uşurinţa cu care se poate aplica, prin toleranţa cu care este primit de copii şi prin lipsa de accidente, acest tratament poate fi făcut în orice ocaziuni şi în orice mediu. Prin rapiditatea cu care lucrează aceste sulfathiazomide pot fi întrebuinţate în toate cazurile, ospitalizarea bolnavilor rămânând numai celor extremi de gravi sau celor contagioşi. Aceste substanţe înlocuesc cu mare succes serul antidizenteric care era greu suportat de copii mici la cari pe lângă durere, maladia serică era o complicaţiune în unele cazuri destul de grea. După serul antimeningococic înlocuit cu atâta succes de Sulfamidopiridoterapie (Dagenan, Eubazin), şi de Sulfathiozomi deterapia (Thiazomide, Eleudron), serul antidizenteric la rândul lui este şi el înlocuit cu mare succes de aceste din urmă substanţe şi după experienţa noastră din ultimul timp, de Eleudron.

BIBLIOGRAFIE.

A. Bosseli — Il policlinico (sezione practica) 1942, 49, 521.

M. Cooper and Keller A. M. Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1940, 45 3.

Dorfmann şi Colaboratorii idem. 1940, 45, 750.

Fornara F. Gazz med. Hop. 1940, 376, 172.

Görlitzer Schweiz. Med. Wschr. 1940, 70, 281.

Gutzeit Munch. Med. Wschr. 1942 21, 476.

Jones and Abse Jour. Med. Sci. 1939 Nov.

Lacombe et March Soc. Med. Hop. Paris 1940 Dec.

C. A. Lawrence. Proc. Soc. Exp. Biol. 1940.

Loffredo A. Gazz Sanit. 1941.

Lopez Cardozo Nederl Tijdschr Genesk 1941, 85, 417.

Marshall Bratton, Edwards Walker. Bull. Jonhn. Hopk. Hosp. 1941, 68 pag. 94.

Marshall Bratton White Lichtfield. Bull. John. Hopk. Hosp, 1940, 67, 163.

Rammelkampf and Jewel Proc. Soc. Exp. Biol. Med. 1940, 45, 169.

Sagesse V. Giorn del. Med. Practica 1941, 110, 11.

Spolverini e Scapaticci Riv. Accad. Med. di Roma 1941 29 Nov.

BIBLIOGRAFII

Docent Dr. Hans Baatz. Der Einflus der Kastration auf das das Krebswachstum (influenţa castrării asupra creşterii cancerului) Zentralblatt fur Gynäkologie Ne. 8 1941

D.Docent Dr. Hans Baatz, dela Frauenklinik, Universitatea din Berlin bine cunoscut publicului medical din România, prin conferinţele ţinute în Bucureşti, — trimite câteva lucrări originale spre a fi cunoscute de specialişti.

Lucrarea de mai sus, formează protocolul unor formaţiuni provizorii, în curs de desvoltare prin cercetările D-sale de laborator.

A executat castrarea animalelor de laborator masculin şi femeli, în trei epoce diferite a vârstei lor:

In epoca pre-juvernilă, castrarea împedică formarea carcinomului mamar sau îi stânjeneşte creşterea.

In epoca funcţiunei genitale, s'a executat castrarea cu scop profilatic şi s'a constatat că formarea tumorilor grefate nu numai că n'au fost împiedicate să crească, ci din contră a contribuit la accelerarea creşterei lor.

Practic se pot deduce următoarele:

Castrarea pre-juvenilă cu bune rezultate nu este aplicabilă; castrarea executată înainte de apariţia unui cancer mamar; în acelaş timp cu operaţia, sau la un interval oarecare după extirparea tumorei, nu împedică desvoltarea cancerului, ci din contra îi grăbeşte creşterea.

Concluzia: Castrarea nu este o metodă terapeutică salutară; se pare că această intervenţie creează în mediul hormonal, condiţiuni favorabile desvoltării cancerului.

In toate bolile infecţioase şi în răceli

Provoacă o mobilizare rapidă şi stimulare îndelungată a tuturor forţelor de rezistenţă ale organismului

Toleranţă perfectă chiar la sugari.

Cutii cu 2, 3, 12, 50 şi 100, fiole de 2 cmc.

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România:
«ROMIGEFA» S. A. R. BUCUREŞTI I. Str. Brezoianu 53 Tel 3.92.86.

Hepafer

PRINCIPIUL ANTIANEMIC AL FICATULUI

ELIXIR pt. ADULŢI
SIROP pt. COPII
FIOLE INJECTABILE

Repr. generală pentru România: „S. I. F." s.a.r., Avram Iancu 32, Bucureşti IV. Tel.: 5.51.51

Asupra tratamentului coxei vara infantile*)

de Dr. AT. IANAŞ şi Dr CORLĂŢEANU N.

Coxa vara infantilă, numită încă «probabil congenitală» prezintă două caracteristici, care o deosebesc de alte varietăţi de coxa vara: una de ordin clinic evolutiv, anume având debutul insidios, în mica copilărie şi alta de ordin radiologic, care transpunând într'o măsură leziunile anatomice, apare ca cea mai importantă. Într'adevăr examenul radiologic arată: capul femural deplasat în partea inferioară a cavităţii cotiloide. El este separat de col printr'un spaţiu vertical clar, neregulat, mai strâmt sus decât jos, putându-se bifurca în partea mijlocie în Y cu baza inferioară. Aceasta este forma descrisă de Fairbanks. Adesea nucleul intercalar este plurifragmentat. Nucleul epifizar este în general flu, inegal calcefiat. Colul femural este scurtat, neregulat, redus la un mic bont, al cărui ax, faţă de al diafizei determină un unghiu cu atât mai mic, cu cât copilul înaintează în vârstă.

Examenul anatomic al câtorva piese, operatorii sau de autopsie **(Camitz, Delitala)**, aduce carecare clarificare în patogenia acestei afecţiuni. Anume, de unde înainte se credea că sediul procesului este la nivelul cartilagiului de conjugare, studiul pieselor amintite arată că este vorba de o distrofie a colului femural, traducându-se printr'o întârziere şi adesea chiar printr'o oprire în osificarea acestui segment osos. Deci nu cartilagiul de conjugare este deformat, fragmentat, ci cartilagiul primitiv al colului nu are puterea a se osifica normal. Cum spune **M. Lance**, colul femural a pierdut energia bioplastică.

Noţiunile acestea au o importanţă deosebită din punctul de vedere al tratamentului. Colul femural în urma acestor turburări distrofice, întârzează în desvoltare. Consecinţa imediată, capul femural îşi schimbă orientarea, iar modificările în vascularizaţie îi alterează însăşi forma şi constituţia; apoi trochanterul mare devenind mai sus decât normal, aduce după sine modificarea în liniile de acţiune ale fibrelor musculare, în special ale mediului şi marelui fesier. Aceşti muşchi, prin apropierea punctelor lor de inserţie, pierd din tonicitate şi duc la o insuficienţă a lor, care se traduce prin şchiopătare, semnul lui Trendelenburg, şi mai târziu coboseală şi dureri. Într'adevăr, privind radiografia noastră No. 1 se vede că transmisia greutăţii dela hemibasinul stâng se face prin intermediul unui cap femural al cărui ax de înclinare, faţă de axul diafizei femurale, este de 60° şi nu de 120—125°. Echilibrul, instabil, dar totuşi existent, se face acum prin intermediul muşchilor fesieri. La această vârstă, cu oarecare suferinţă, ei se acomodează şi prin efort fac ca funcţiunea să nu fie prea mult diminuată. Dar cu creşterea vârstei, cu creşterea greutăţii, capul femural se poate desprinde complet de col, care apare aproape inexistent. Astfel,

Figura 1. — Coxa-vara infantilă, înainte de tratament.

extremitatea superioară a femurului ia forma unui bont, pe care se inseră fesierii laxi. Bontul acesta trece în afara sprânceanei cotiloide şi alunecă în sus: luxaţie iliacă. Aceasta este evoluţia în formele serioase. Astfel s'ar fi petrecut şi în cazul nostru.

Scopul tratamentului în coxa vara infantilă este de a restabili orientarea normală a extremităţii superioare a femurului, adică de a transforma unghiul de înclinare al colului, aducându-l la normal. În plus, de a ameliora troficitatea colului, de a redeştepta funcţiune bioplastică a lui. Este uşor de înţeles că tratamentul ortopedic, reprezentat prin extensie continuă în abducţie, aplicat în prima copilărie şi prelungit, ar da carecare rezultate din punctul de vedere al redresării momentane. El însă nu se adresează cauzei eficiente a maladiei, sau în tot cazul nu se precizează dacă acţiunea de tracţiune asupra colului, poate modifica întrucâtva trofismul lui alterat. Deaceea s'a preconizat osteotomia subtrochanteriană, operaţie clasică, osteotomie cuneiformă cu **(Brandes)** osteotomie cuneiformă cu reaşezare inversată a penei osoase **(Sorrel)**. Mai mulţi autori au constatat că osteotomia subtrochanteriană, pe lângă faptul că modifică unghiul de înclinare, asigură osificarea colului şi sudura prematură a colului cu capul, prin dispariţia cartilagiului de conjugare. Aceste fenomene nu-şi fac însă apariţia totdeauna. S'a încercat încă pentru o mai bună reuşită, rezecţia colului cu redresarea. Practicată de **Tavernier** şi **Pouzet**, s'a obţinut un rezultat bun, dar în al doilea, au avut un eşec, pseudartroză.

Bircher în 1922 a preconizat înfiptuirea colului cu grefon. Intervenţia a fost aplicată de **Zaaijer**, apoi de **Mauclaire, Ombrédane, Lance, Guilleminet, Rocher** şi **Guerin.** Cum spune **Pouzet**, ea a dat rezultate bune, dar adesea poate eşua. În plus lasă să persiste deformaţia. Aceasta când este aplicată singură. **Ombredanne** dă mai multă importanţă forajului însuşi decât grefonului. Ţinând seama de constatările lui **Bertrand** că nu există comunicare între reţeaua arterială diafizară şi cea epifizară şi că o leziune arterială cervicală şi cefalică ar aduce tulburări grave în teritoriul atins, forajul sau mai exact forajele multiple desfiinţează barajul dintre col şi cap femural şi stabilesc comunicări vasculare între ele. Incepuirea, în plus a grefonului, aduce materiale de osificare în regiune. Osteotomia subtrochanteriană, asociată la foraj şi grefon, ar constitui intervenţia completă: de reosificarea colului şi de redresarea unghiului de înclinaţie. **Ombrédanne** aplică tot odată osteosinteza temporară a osteotomiei. Noi nu suntem de părere. Aceasta constituie o complicaţie în plus. Realiza-

*) Sanatoriul Maritim Agigea, Constanţa. Medic Primar Director Dr. At. Ianăş.

rea deschiderii unghiului cervico-femural am obținut-o prin fixarea în trochanter de o parte și în diafiză de altă parte, a 2 cuie lungi, înainte de osteotomie. După ce se execută aceasta, noi dăm înclinarea necesară fragmentelor osoase prin intermediul cuielor, pentru a ajunge la un grad de redresare, suficientă. Astfel am procedat în 2 cazuri de coxa vara infantilă la copii de 7 și 8 ani. Documentele unuia din cazuri s'au pierdut în urma ocupației bolșevice.

Expunem observația clinică pe scurt a bolnavului **Nicolae C.**

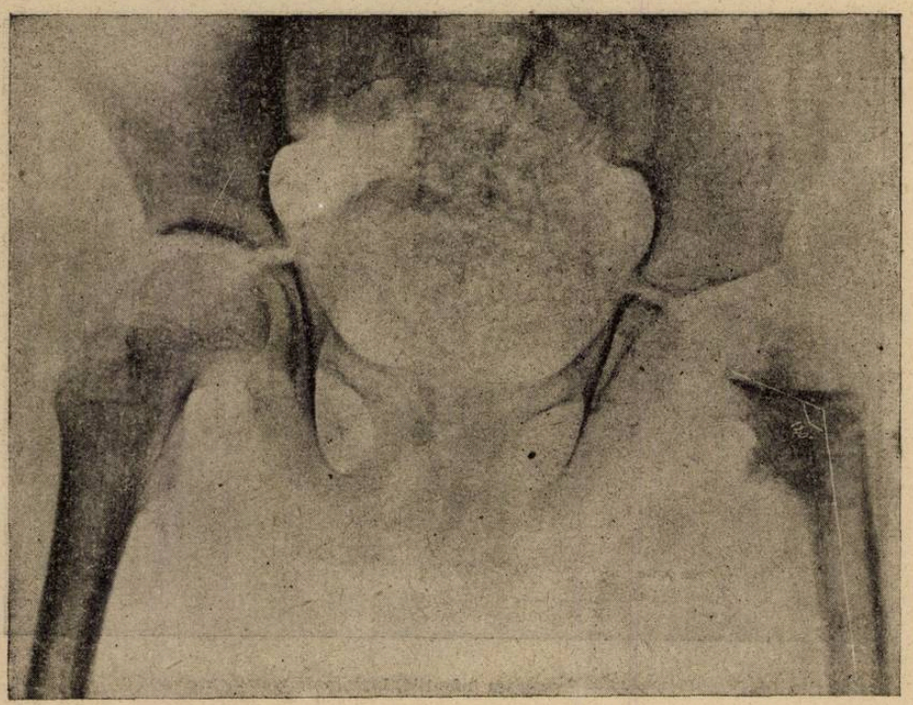


Fig 2. Coxa-vara infantilă, 5 luni dela intervenție.

El este adus în Sanatoriul Maritim Bugaz la 30 August 1939 pentru șchiopătare din partea membrului inferior stâng.

In antecedentele heredo-colaterale, nimic deosebit.

Antecedente personale. Desvoltare normală, dentiție bună, apărută la timp. Mersul la 11 luni.

Istoric. Dela vârsta de 2½ ani, a fost observat de mamă că șchiopăta foarte puțin cu piciorul stâng. N'a acuzat febră, nici dureri. Șchiopătarea însă s'a accentuat încet, dar constant. A urmat în fiecare vară cura heliomarină, dar nu s'a observat nici o ameliorare. Pentru câteva luni a fost supus la extensie continuă pe care a suportat-o greu și fără rezultat.

Starea prezentă. Copilul de talie mică, greutate 21,200 gr., dentiție normală, afebril. Examenul tuberculinic negativ.

In picioare, bolnavul se sprijină pe membrul inferior drept, membrul inferior stâng fiind în aducție și spina iliacă antero-superioară stângă fiind mai ridicată.

Măsurători: spina iliacă-maleola internă, dr. 55 cm., spina iliacă-maleola internă stângă 52,5 cm.

Trochanterul stâng deasupra liniei Nélaton-Roser.

Mișcările în șold: flexiunea, extensia, normale; adducția deasemeni, abducția limitată mult; rotația internă, externă, ușor limitate. Semnul lui Trendelenburg pozitiv la stânga. Mersul șchiopătat, cu înclinarea bruscă a trunchiului de partea stângă, cu frântura taliei.

Examenul radiologic: Intreaga regiune coxo-femurală stângă decalcefiată și atrofiată, în special la nivelul femurului. In plus constatăm: capul femural neregulat, coborât, separat de col printr'o linie verticală, neregulată, sdrențuită, determinând un rudimentar Y cu deschizătura în jos. Colul femural atrofiat, scurtat, sdrențuit. Unghiul de înclinație față de diafiză este mult micșorat, 60°. Trochanterul mare ridicat deaspura colului, orizontal, atrofiat. Spațiul interarticular lărgit în partea superioară. (Fig. 1).

Se pune diagnosticul de coxa vara infantilă și după ce se aplică extensia continuă în abducție timp de 2 luni, fără rezultat, se procedează la intervenția operatorie, la 1 Noembrie 1939.

Tehnica: 1°. Incizie longitudinală supra și subtrochanteriană de 10 cm.

2°. Descoperirea trochanterului și a capsulei articulare, prin care palpăm colul și capul femural.

3°. Cu un perforator de 4 mm. facem câteva foraje prin col și cap. Prin canalul mai central introducem un fragment de coastă de 4½ cm. rest dela materialul de osteosinteză dela alt bolnav.

4°. Fixăm oblic în trochanter un cui lung în direcția colului și un al 2-lea la 3—4 cm. dedesubt, cu traectul oblic în sens contrar.

5°. Facem osteotomia transversală la nivelul micului trochanter și apoi mărim abducția, pe masa ortopedică, până socotim că unghiul de înclinație s'a redresat suficient.

6°. Sutura tendino-aponevrotică; sutura cutanată.

7°. Aparat gipsat pelvi-pedios în această poziție.

8°. Controlul radiografic arată șoldul stâng în atitudine bună.

Acum extragem cuiele.

Bolnavul rămâne imobilizat 2 luni, până la 3 Ianuarie 1940, când se scoate aparatul gipsat. Examinat, constatăm: șoldul stâng nedureros, neîmpăstat, mobil pasiv (flexiunea 45°, abducție limitate). Scurtare 1 cm.

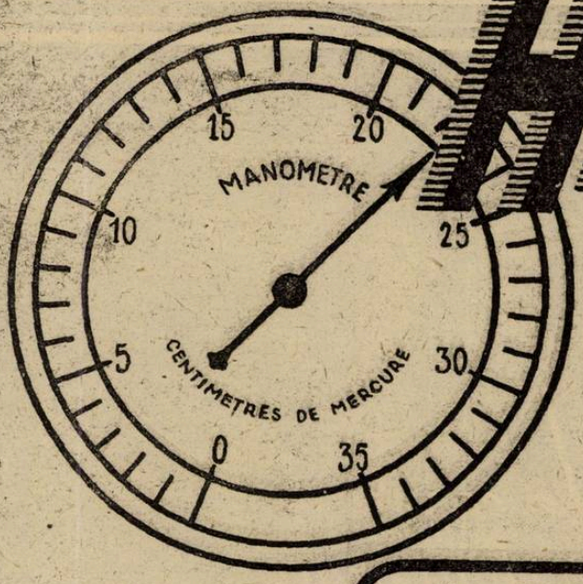
Radiografia arată: capul femural normal orientat, cu conturul regularizat, crescut ușor, aproape sudat la colul femural care apare îngroșat, densificat. Unghiul de înclinație 120°. Se vede urma grefonului care străbate colul și pătrunde în capul femural.

Rezultatul anatomic fiind bun, se începe a i se face masaj și mobilizarea șoldului. După 3 săptămâni începe mersul fără sprijin iar după 2 luni mers gradat cu sprijin.

Radiografia la 1 Aprilie este aceeași ca mai sus, numai că recalcifierea s'a accentuat. La 1 Iunie 1940 mersul bun cu un adaos talonier de 1 cm., nu șchioapătă deloc. Trendelenburg negativ. Copilul rămâne să facă cura heliomarină peste vară, iar după ocuparea Sanatoriului de către bolșevici, nu mai avem nici o știre.

In scurt e vorba de un copil cu coxa vara infantilă, operat prin: foraje, grefă prin începuire a colului și capului și osteotomie subtrochanteriană de redresare a varusului. Prin ajutorul fixării temporare cu cuie a fragmentelor femurale, redresarea s'a făcut în bune condiții.

Ceace este de remarcat din punct de vedere radiologic, este acțiunea osteogenică a triplei noastre intervenții și minunata reconstituire a colului, sudura aproape completă a capului la col. Din punct de vedere clinic, notăm redobândirea tonicității fesierilor, exteriorizată prin dispariția semnului lui



Hipocholin

CLORHIDRAT DE ACETYLCHOLIN

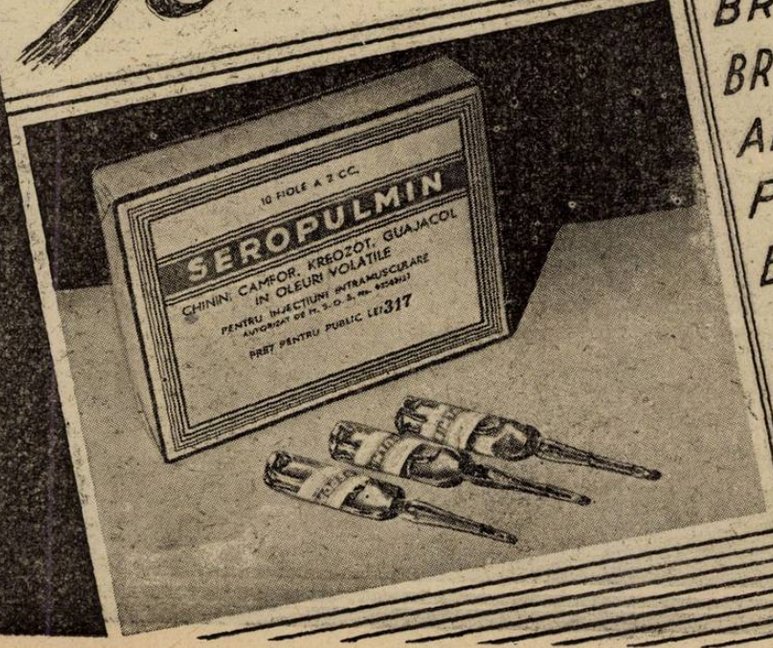
5 — 10 și 20%

Fiole a 1.1 cc pentru injecțiuni intramusculare

— *Hipertensiune arterială și toate turburările consecutive.*
— *Afecțiuni vasculare periferice: spasme, gangrene, arterite stenozante, claudicațiuni, ulcere varicoase, etc.*
— *Ictus hemiplegic prin ramolisment cerebral.*
— *Turburări post-puncționale, cefalee, rachialgii etc.*
— *Migrena oftalmică, glaucom, vertige labirintice etc.*

COOPERATIVA UZINELE SANITARE „Paulescu-Gerota-Șumuleanu" Calea Griviței 67, Telefon 4.98.08

Seropulmin



BRONCHO-PNEUMONII
BRONȘITE ACUTE ȘI CRONICE
AFECȚIUNI PULMONARE-
POST OPERATORII
BRONCHECTAZII
PNEUMONII
TUSE CONVULSIVĂ

COOPERATIVA UZINELE SANITARE
„Paulescu-Gerota-Șumuleanu"
Calea Griviței 67. Telefon 4.98.08

In cazuri de insuficienţă cardiacă chiar grave

Scilloral

dă posibilitatea unui tratament continuu, fără a produce turburări micşorând terapia intravenoasă de glicosid

ASTA A. G. CHEMISCHE FABRIK, BRACKWEDE i. W.

Literatură şi eşantioane vă stau cu plăcere la dispoziţie.

Depozit permanent:
„DROGUERIA STANDARD" S.A.R.
STRADA SF. IONICĂ, 8
BUCUREŞTI

Trendelenburg şi absenţa şchiopătării. Insistăm asupra faptului că mersul trebuie să fie mai întâi fără sprijin şi apoi gradat cu sprijin şi controlat radiografic pentru a urmări evoluţia unghiului de înclinaţie. In cazul al 2-lea al nostru, care a fost pus la mers mai grabnic, varusul a revenit în parte şi a trebuit să i se facă încă o osteotomie subtrochanteriană de redresare.

Consideraţiuni asupra abceselor pulmonare şi a tratamentului lor prin unde scurte

de Conf. Dr. E. LAZEANU, Asist. S. CIONAC şi Intern Dr. GH. DOBRESCU

Numărul abceselor pulmonare îngrijite în spital arată o creştere a lor care poate fi datorită unui diagnostic precis la care radiologia contribue foarte mult. Astfel că tratamentul aplicat imediat măreşte numărul cazurilor vindecate şi face ca terapeutica să aibă succes acolo unde altădată rezultatele erau minime.

Rare ori abcesul pulmonar apare ca o maladie primitivă a pulmonului. Mult mai frecvent apare în mod secundar unei afecţiuni pulmonare anterioare ca de ex. pneumonie sau congestie pulmonară, leziuni paremchimatoase gripale, frecvente în cursul iernei şi în cursul epidemiilor de gripă. In privinţa abceselor pulmonare post pneumonice Laennec scrie chiar despre adevărate epidemii de pneumonii abcedante, dar statisticele făcute mai târziu de către Ménètrier arată o proporţie de 3,25% abcese pulmonare post pneumonice, iar Fraenkel dă cifra de 2 la sută.

Infecţiunile generale septicemice cu germeni diverşi pot da abcese pulmonare.

Bezançon, Jaquelin, Célice, descriu abcese pulmonare streptococice, stafilococice, iar Roubier şi Lamy, au semnalat abcese pulmonare provenite ca o complicaţie în febra tifoidă, iar Lemiere şi Deschamps în paratifoidă.

Infecţiunile rino-faringiene, otitele amigdalitele, supuraţiunile abdominale apendicita, extirparea amigdalelor, pot da uneori abcese pulmonare ca şi infecţiunile bronho-pulmonare şi cancerul pulmonar.

Rarecri abcesul pulmonar conţine o singură specie microbiană. De cele mai multe ori abcesele pulmonare conţin numeroşi germeni foarte deosebiţi iar ca frecvenţă vine întâiu streptococul şi o specie anaerobă a streptococului descrisă de Schottmüler.

Apoi pneumococul de tipul 2 şi 3, **stafilococul, colibacilul, enterococul.** Dr. Lazeanu a descris un abces pulmonar situat în regiunea hilară dreaptă cu bacilul Friedländer complicat cu o septicemie dată de acelaş agent patogen. Numărul abceselor pulmonare plurimicrobiene după Kourilski sunt 7/10 şi în ele se găsesc germenii de mai sus în plus anaerobi şi spirili, cari dau împreună fetiditatea.

Kourilschy împarte abcesele pulmonare în: abcese pulmonare microbiene simple şi abcese pulmonare caracterizate printr'un proces necrotic (putride). Abcesul pulmonar, ocupă diverse regiuni ale pulmonului şi adese ori sunt periscisurale. Dimensiunile sunt variabile putând fi dela abcese miliare până la abcese enorme. Din punct de vedere al evoluţiei se împart în cronice şi acute. Uneori pot fi abcese multiple.

Vindecarea spontană se observă în aproximativ 1/3 din cazuri şi această vindecare este clinică şi radiologică. Trecerea la cronicitate se observă adeseori, iar sfârşitul letal constituie terminarea în deosebi a abceselor putride. Această terminare letală, ţine de starea anterioară a terenului pe care evoluiază abcesul pulmonar, de virulenţa germenilor şi de modul de evoluţie al abcesului pulmonar.

Simptomele clinice sunt variate: abcesul pulmonar datorit unei embolii septice începe cu frison, febră şi cu alterarea stării generale. Expectoraţie caracteristică fetidă, abundenţă, sanghinolentă sau purulentă ce poate atinge chiar 500 cmc. In cazul că abcesul pulmonar a apărut ca o complicaţie după pneumonie, simptomele sale sunt caracterizate prin faptul că în loc de remisiune a pneumoniei bolnavul face febră cu oscilaţii mari, slăbeşte, anemie secundară, hiperleucocitoză, etc.

Adeseori mici hemoptizii.

Percuţia ne dă un sunet mat sau o modificare a sunetului de percuţie ca în cavernă.

Vibraţiile vocale sunt accentuate.

La auscultaţie respiraţia este diminuată şi se constată raluri subcrepitante sau chiar sufluri cavitare.

La copii abcesele pulmonare secundare unei afecţiuni pulmonare sunt mai dese. In America Pattersşon, Müller, Kern citează cazuri de abcese pulmonare la copii după extirparea amigdalelor şi chiar după corpi străini intrabronşici. Abcesele pulmonare primitive contrar decât la adulţi sunt foarte rare la copii.

Aspectul radiologic al abceselor pulmonare depinde de faza în care se face examenul radiologic. In cazurile recente — Chaumel — descrie în abcesele pulmonare o zonă de opacitate rotundă cu marele ax vertical, uneori bine limitată, alte ori cu contur difuz, degradat din cauza zonei de inflamaţie acută perifocală constituind un proces pneumonic de condensaţiune.

După vomică apare o imagine cavitară, cu conturul regulat sau anfractuos şi nivel hidroaeric. La cele acute, adeseori găsim imaginea hidroaerică în mijlocul procesului evolutiv ,iar la abcesele pulmonare cronice o membrană scleroasă delimitează imaginea hidroaerică.

In alte cazuri, găsim o opacitate difuză omogenă care poate ocupa un lob întreg.

Examenul cu lipiodol nu poate fi utilizat acesta nepătrunzând în abcesele pulmonare.

Diagnosticul diferenţial radiologic se face cu:

1. Caverna T. b. c. Aceasta diferă de abcesele pulmonare prin regularitatea conturului, prin lipsa nivelului hidro aeric de cele mai multe ori.

In cazuri de caverne Tbc. găsim radiologic o imagine clară înconjurată de un inel opac, membrana pericavitară, restul parenhimului poate fi sănătos sau cu diverse leziuni tuberculoase.

2. Pleureziile interlobare se prezintă ca o bandă opacă, la nivelul interlobului; după vomică ele pot da imagini radiologice, identice cu abcesele pulmonare juxtascisurale. In privinţa pleureziilor interlobare prof. Nanu-Muşcel şi d dr. N. Stoichiţă pe 20 abcese pulmonare observate timp de cinci ani nu au întâlnit nici un caz de pleurezie interlobară spunând: **„Nu putem admite că pleureziile interlobare nu există, nici nu putem confirma raraportul de 1/9 al acestor afecţiuni stabilite de Kourilsky. Nu putem trage decât o singură concluzie aceia a frecvenţei abceselor pulmonare şi a rarităţei pleuresiilor interlobare.**

3. — Pleureziile închistate pot simula abcese pulmonare.

4. — Gangrena pulmonară dă imagine asemănătcare abceselor pulmonare, dar semnele clinice, evoluţia şi laboratorul ne arată diagnosticul.

5. — Cancerul pulmonar poate lua forma unei opacieri omogene, având marginile fără un contur precis. Diagnosticul este foarte dificil când avem un cancer pulmonar în mijlocul căruia se formează o cavernă canceroasă.

6. — In dilataţiunile bronşice întrebuinţarea lipiodolului uşurează precizarea diagnosticului.

Tratamentul abcesului pulmonar este foarte variat.

Tratamentul medical: Injecţii intravenoase cu alcool la care s'a adăogat hiposulfit de sodiu. Novo arseno-benzol în doze de 0.10 gr. 0,45 gr. la şase

zile interval în abcesele cu spirocheţi. Emetina a dat rezultate bune în abcesele amibene şi uneori chiar în cazurile în care nu erau amibe. Autovaccino-terapia, auro-terapia, sero-terapia ele. Tinctura de alil, dezodorizantele oleogomenolat, în injecţii intra traheale nu au dat atât cât s'a sperat.

Mollard a încercat Chrizalbina.

Quinke şi Garwen, recomandă drenajul postural.

Singer recomandă cura de sete.

Tratamentul bronhoscopic recomandat de Chevalier, Jaksen, Soulas întrebuinţat mult în America este un tratament foarte delicat care cere instrumente speciale şi un specialist, astfel că aplicarea lui este dificilă şi în acelaş timp se suportă greu de către bolnav. Acest tratament, este întrebuinţat în deosebi în abcesul parahilar şi în abcesul cronic unde el poate modifica secreţiunea.

Forlanini a încercat pneumotoraxul terapeutic cu succes într'un caz de abces central. In abcesele corticale şi în cele juxta scisurale acest tratament este periculos.

Frenicectomia ca şi decolarea pleuroparietală încercată de Tuffier nu dă rezultate.

Drenajul chirurgical, pleurotomia este indicată în abcesele corticale care sunt însoţite de reacţii pleurale.

Pneumotomia, se poate indica în abcesele pulmonare bine limitate şi nu prea profunde. Greutatea constă în faptul de a găsi un astfel de caz.

Lobectomia încercată de mai mulţi autori dă o mortalitate de 40%.

Lilienthal în intervenţiile făcute într'un singur timp în cazul rezecţiilor unilobare are o mortalitate de 43%, iar în rezecţiile care interesează mai mult de un lob are o mortalitate de 70%.

Robinson în lobectomia executată în mai mulţi timpi are o mortalitate de 40% iar Graham făcând pneumectomii prin cauterizare pe 54 cazuri are 28 morţi.

Enumerarea metodelor chirurgicale, arată gravitatea intervenţiilor şi riscul mare al celor ce se supun acestor intervenţii.

Radiotherapia a fost cu succes aplicată în cazuri de abcese pulmonare de Ghimuş ş. a.

Schliephake şi Liebesny au fost primii cari au aplicat în tratamentul abceselor pulmonare undele scurte.

Acum 10 ani undele scurte au fost aplicate de aceşti autori pentru diverse afecţiuni inflamatorii şi supuraţiuni, care au fost influenţate în bine In 1937 Dicker şi Z. Hrabowsky în congresul de a Viena prezintă rezultate destul de bune prin acest tratament şi scot în evidenţă avantajiile care sunt: tratamentul este bine suportat de bolnav, poate fi aplicat în orice stadiu al maladiei şi poate fi asociat cu oricare alt tratament medical.

Durata tratamentului este de 10—20 zile. Schliephake susţine că a avut rezultate bune cu acest tratament aplicat în abcesele pulmonare (100%) pe când Raab dă un procent de numai 90% iar Zanetti neagă vindecările prin acest tratament. Profesorul Torelli dă un procent de vindecaţi 55% având următoarea tehnică:

Intrebuinţează unda de 6 m. şi electrodul bipolar al lui Schliephake la un aparat ultra term cu unde de cinci metri şi şeapte zeci şi cinci sau ultra pandoros cu unda variabilă dela 3,30 m. la 7 m.

Aplicaţiunile se fac zilnic sau la două zile, iar durata şedinţei este de 15—20 minute. Autorul are rezultate bune în abcesele simple având din şease cazuri două vindecări unul staţionar şi trei întreruperi. In abcesele gangrenoase nu a avut nici un rezultat. In supuraţiunile cronice, când tratamentul a fost început la 3—6 ani dela începutul bolii a avut patru vindecări din 22 cazuri, 3 ameliorări, 4 cazuri întrerupte şi cinci cazuri ameliorări generale şi radiologice iar restul invariabil. In abcesele bronşiectazice din nouă cazuri a avut un caz ameliorat, şease rămase în aceiaşi stare, un caz tratat prin bronhoscopie şi unul a suspendat tratamentul.

Ca accident autorul relatează trei cazuri de lipotimii, cinci hemoptizii, şi trei cazuri agravate, cari au părăsit tratamentul de unde scurte. Hemoptiziile sunt date de scleroza care se găseşte în abcese şi de faptul că undele scurte produc o congestie locală. Autorul nu a constatat nici un caz de leziuni cutanate provenite în urma tratamentului.

Expectoraţia scade dela prima şedinţă devenind mai fluidă. Rare ori se observa o hiper-secreţie, febră, scăderea forţelor şi emaciere descrisă de Zanetti.

In majoritatea cazurilor starea generală se ameliorează, forţele revin, greutatea creşte iar radiologic se constată o regresiune a procesului inflamator. Modificările structurale ale abceselor pulmonare din punct de vedere radiologic se produc mai încet, dar rezoluţia abcesului este sigură (Torrelli).

In serviciul nostru am studiat 21 bolnavi cu abcese pulmonare, trataţi prin unde scurte. D-ra dr. Aluneanu în teza sa aduce o serie de observaţiuni în privinţa acestei metode.

Primele încercări s'au făcut în anul 1936. Din aceşti 21 de bolnavi s'a obţinut 10 vindecări. 7 ameliorări, 3 staţionare şi 1 bolnav care a suspendat tratamentul.

Aparatul de unde scurte întrebuinţat la noi este Ultra-termo-Siemens de şease metri lungime de undă cu electrozi de sticlă tip Schliephake.

Distanţa între piele şi electrozi este de 2—4 cm. Intensitatea curentului trebue să fie astfel aranjată, încât pacientul să ne indice o uşoară senzaţie de căldură. Durata şedinţei de obiceiu 15—20 m.

Şedinţele s'au repetat zilnic. După începerea tratamentului s'a constatat afară de o uşurare subiectivă, o scădere vădită a temperaturei şi o diminuare cu schimbarea caracterului sputei.

Apetitul devenea mai bun iar greutatea corporală era în creştere.

In general bolnavii au suportat bine acest tratament.

Din radiografiile în serii cari s'au făcut fiecăru bolnav, s'a observat că în decursul tratamentului avea loc deobicei o reducere a infiltraţiei şi numai mai târziu abcesul însuşi era influenţat.

In cazurile noastre nu am avut niciodată hemoptizii sau lipotimii, bolnavii suportând bine acest tratament.

Profesorul Mante asociază rad otherapia cu undele scurte şi obţine un număr mai mare de vindecări.

Conduita medicului în faţa unui abces pulmonar este de a institui un tratament medical sau fizioterapic în primele şease-opt săptămâni.

In această fază nu se poate vorbi de intervenţii chirurgicale acestea comportând o mare gravitate din cauza nelocalizării procesului inflamator şi a neorganizării mijloacelor de apărare (membrana fibroasă dela periferia abcesului).

Dacă după tratamentul medical sau fizioterapic nu se observă o tendinţă evidentă spre vindecare se trece bolnavul chirurgului.

In concluzii: Capitolul abceselor pulmonare a fost complect renovat la lumina datelor radiologice putându-se face un diagnostic precis, urmări evoluţia maladiei şi eficacitatea tratamentului. In cele 21 de cazuri tratate cu unde scurte am obţinut un procent de vindecare de 62,5%. Această cifră nu diferă mult de statisticele date de majoritatea autorilor. Eficacitatea undelor scurte depinde de aplicarea tratamentului în faza de debut a maladiei, cu o tehnică corectă şi un număr suficient de şedinţe.

In abcesele ce evoluiază în mod cronic tratamentul cu unde scurte nu dă rezultate satisfăcătoare.

Necesitatea unui diagnostic precoce este indispensabilă pentru aplicarea la timp a tratamentului fizioterapic.

CISTITE **PIELITE**

VESTIN

Dr. WANDER

DRAGEURI FIOLE INJECTABILE PULBE E

Desinfectant intern al aparatului uro-genital pe bază de:
Fenilazodiaminopiridină.

Pentru calmarea durerilor interne

NEOLUVERIN

DR. WANDER

Tablete Supozitoare

In spasmele musculaturei netede

Dureri interne şi postoperatorii

Dismenoree

Asociaţie de Papaverină feniletilbarbit., Atropină metilbrom. şi Amidoazofen

SULFAMIDA CU TOLERANŢA OPTIMA

SULFORONIN

Dr. WANDER

Sulfanilyl — aminopiridină

Gonoree — Pneumonie — Meningită — Strepto — Stafilococie

Tuburi cu 24 tablete a 0 5 gr.

Mostre şi literatură trimite la cerere:
DR. WANDER S. A.
Fabrică de produse farmaceutice şi dietet ce, Bucureşti VI, Str. Cazărmei 89.

Reacţiunile Weil-Felix şi Widal-Gruber în tifusul exantematic

de Medic Maior Dr. N. COSTEA
Şeful Spitalului

şi Medic Plot. T. R. Dr. TEODORESCU GH.
Medicul Serv. de Contagioşi

Lucrarea de faţă se inspiră din observaţiunea unui număr de aproape 180 de cazuri de tifus exantematic din iarna şi primăvara anului 1941—1942.

In serviciul nostru de contagioşi al unei formaţiuni spitaliceşti militare, situată la Est de Nistru, erau trimişi adesea bolnavi febrili ca suspecţi de tifus exantematic, unde examenul de laborator şi observaţiunea clinică urmau să confirme sau nu, certitudinea diagnosticului.

Nu rareori am fost puşi în situaţia când suspecţii febrili prezentau de fapt o infecţie generală sau localizată, de altă natură şi să ne aducă o reacţie Weil-Felix pozitivă la 1/100 — 1/400. Cum examenul clinic al bolnavului nu corespundea deloc afirmaţiei de confirmare de diagnostic a reacţiei de aglutinare, iar leucograma nu ne oferea nici un indiciu şi cum bolnavul devenea afebril, pe cale de a părăsi serviciul, eram tentaţi a da ca diagnostic febra exantematică.

Fiind într'un mediu unde tifusul exantematic prezintă un caracter endemic şi unde poate îmbrăca forme foarte variate, suspiciunea era cu atât mai mare.

Majoritatea autorilor confirmă tifusul exantematic când reacţia Weil-Felix dă o aglutinare la un titru de minimum 1/100 (Widal, Bălteanu, Danielopolu, Haţieganu).

In broşura «Instrucţiuni Technice Sanitare» tipărită de M. A. N. — Direcţia Superioară Sanitară — anul 1942 se accentuiază asupra titrului de 1/100. Numai Mathes-Curshmann afirmă tifusul exantematic la un titru de minimum 1/200.

Am căutat să controlăm cifra minimă de titru a reacţiei Weil-Felix dela care se poate confirma tifusul exantematic, determinând reacţia Weil-Felix în diferite afecţiuni febrile.

S'a luat cazuri febrile precum şi în convalescenţă, la intervale de 2—4 zile şi s'a obţinut următoarele rezultate:

Intr'un caz de Rugeolă, în plină boală, R. W. F. poz. 1/100.

Intr'un caz de Pleurezie s. f. R. W. F. poz. 1/400—1/2000.

Intr'un caz de Gripă s. f. R. W F. neg. şi apoi poz. 1/100 şi 1/200.

Intr'un caz de Pleurezie s. f. R. W. F. poz. 1/200, 1/200.

Intr'un caz de Pneumonie s. f. R. W. F. poz. 1/100, 1/200 şi 1/400.

Intr'un caz de Pneumonie s. f. R. W. F. poz. 1/200 şi 1/400.

Intr'un caz de Congestie pulm. R. W. F. poz. 1/100 şi negativ.

Intr'un caz de Nefrită acută R. W. F. poz. 1/100 şi 1/100.

In două cazuri de paludism, în plin frisson, reacţia W. F. a fost pozitivă între 1/200 şi 1/400, negativându-se ulterior.

In cinci cazuri de paludism, între accese, reacţia W. F. a oscilat între negativ şi pozitiv dela 1/100—1/400.

Din aceste date rezultă că:

In afecţiunile însoţite de frisson şi unde temperatura se ridică la 40°—41° şi unde febra e de durată medie, reacţia W. F. tinde spre un titru înalt de 1/400.

Ţinând seama de aceste rezultate am socotit, în cazurile dubioase de tifus exantematic, unde tabloul clinic nu urmează descrierea formei clasice cunoscute, că un titru până la 1/400 nu ne poate confirma diagnosticul febrei exantematice.

Aceste observaţiuni ne-au fost adeverite de cazurile noastre de tifus exantematic, unde în formele atipice şi abortive, fără exantem şi cu perioada febrilă scurtată, au arătat în stadiul evolutiv un titru de aglutinare mic, până la 1/400; numai ulterior cu începutul convalescenţei sau în plină convalescenţă titrul aglutinării s'a ridicat la un nivel de 1/800 până la 4200.

Această dilemă nu s'a mai pus în formele clasice unde însăşi tabloul clinic asigura diagnosticul, iar leucocitoza sanghină şi reacţia Weil-Felix cu titrul de peste 1/800 au dat certitudinea diagnosticului.

* * *

Adeseori diagnosticul tifusului exantematic se face faţă de febra tifoidă, la un bolnav vaccinat sau nu, şi unde reacţia Widal-Gruber e pozitivă la un titru destul de ridicat, chiar din prima săptămână când reacţia Weil-Felix nu depăşeşte 1/400.

In această ordine de idei şi cunoscând problemele ridicate de reacţia Widal-Gruber în stările febrile, am cercetat această reacţie de aglutinare pe toate cazurile noastre de tifus exantematic.

Majoritatea bolnavilor primiseră vaccin T. A. B.

S'a repetat reacţia la intervale de 2—4 zile şi deobiceiu se lua sânge bolnavului odată cu acela pentru cercetarea reacţiei Weil-Felix.

In toate examenele făcute reacţia de aglutinare a fost pozitivă, într'una sau în mai multe din analizele făcute aceluiaş bolnav, titrul variind între 1/50 şi 1/600.

Comparând curba dată de reacţia Weil-Felix cu aceea a reacţiei Widal-Gruber, la acelaş bolnav, am observat un paralelism interesant:

In primul septenar al tifusului exantematic curbele sunt scoborâte; titrul reacţiei Weil-Felix oscilând între 1/50 şi 1/600 iar titrul reacţiei Widal-Gruber între negativ şi 1/200.

Spre sfârşitul septenarului al doilea şi începutul convalescenţei se produce o ascensiune paralelă în amândouă curbele: 1/800—1/4200 pentru reacţia Weil-Felix şi 1/200—1/600 pentru reacţia Widal-Gruber.

Ascensiunea, în ambele curbe, se menţine în platou în primele 7—10 zile ale convalescenţei şi începe să descindă în a doua săptămână de afebrilitate.

Comparând cele două curbe constatăm o suprapunere a lor pe toată perioada evolutivă a febrei exantematice.

Din aceste date reese dificultatea diferenţierei tifusului exantematic, dificultate care este destul de mare şi unde numai evoluţia boalei, creşterea titrului aglutinării reacţiei Weil-Felix şi hemocultura negativă pentru bacilii tifici, ne va ajuta în precizarea diagnosticului.

Prezenţa la un titru ridicat, între 1/50 şi 1/600, a reacţiei de aglutinare Widal-Gruber, la nevaccinaţi şi vaccinaţi, ridică problema specificităţii sale în febra tifoidă.

Chiar dela începutul comunicării făcute de Widal în 1896, s'au emis contraziceri asupra specificităţii acestei reacţiuni (Roger şi Teissier).

Flecksender, în războiul mondial, întâlneşte reacţia pozitivă în diferite maladii febrile, la bolnavi ce suferise sau nu, cu ani în urmă, de febră tifoidă sau fusese sau nu, vaccinaţi.

Aceiaşi constatare este făcută de Prof. **Mironescu** la diferiţi bolnavi de alte afecţiuni şi în special malarie, scarlatină, gripă, etc. (cazuri adunate în teza d-rei dr. Trifon).

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACŢIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenţi lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puţină apă zaharată.

ANEMII – DEBILITATE – CONVALESCENŢE
SURMENAJ – INAPETENŢĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI – ERITEME – ECZEME – PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE – INSOMNII – AGITAŢIE
EMOTIVITATE – TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM – ARTRITISM – OBEZITATE
GUTĂ – GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECŢIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid

Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6 – 10 comprimate pe zi.
Copii dela 5 – 12 ani:	3 – 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2 – 5 ani:	1 – 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½ – 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANŢĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
Cutii a 20 cachete.
Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.
Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.
3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)
Cutii a 10 fiole a 2 cc.
Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*
Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.
Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubuisard — Paris
Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu
Medicament aliment, gust plăcut.
Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

In maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%
Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.
Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.
Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)
Flacon original.
O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).
Pastile aromatizate, cu gust plăcut
şi uşor divizibile în sferturi.
Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.
Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.
Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)
conţin săruri veritabile de Vichy
Cutii a 12 pachete
1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin Sf. Maur (France)
Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.
Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.
Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

Etiologia mortinatalităţii şi a mortalităţii infantile precoce

de Docent Dr. HORIA SLOBOZIANU şi Dr. L. N. NERANŢIU

Cauzele, care determină mortinalitatea şi mortalitatea precoce, sunt aproape identice, încât opt fi studiate împreună.

Cauzele mortalităţii infantile au fost împărţite de Georges Mouriquand din Lyon în trei grupe: pericolul congenital, pericolul alimentar şi pericolul infecţios.

In pericolul congenital intră copiii născuţi morţi şi copiii născuţi vii, dar care mor în primele 6 zile după naştere din cauza prematurităţii şi a traumatismelor obstetricale. Aceste două ultime cauze de moarte constituesc, după Debré, pericolul congenital minor.

Mortinalitatea se poate divide, după acelaş autor, în mortinalitatea obstetricală şi mortinalitatea anobstetricală (neobstetricală i-am putea zice noi), în care moartea fătului este determinată de toxi-infecţiile mamei.

Urmând această schemă, vom examina cauzele mortalităţii perinatale observate de noi la 10.227 copii născuţi între anii 1937—1941 în Clinica Obstetricală din Bucureşti de sub conducerea d-lui profesor D. Săvulescu.

Cauzele mortinalităţii:

a) Cauze neobstetricale.

Afecţiuni materne:

	La 100 născuţi vii	La 100 născuţi morţi
Boli acute	0.11	1.1
Sifilis	1.71	15.6
Tuberculoză	0.04	0.4
Afecţiuni renale	0.06	0.6
Toxemie gravidică	0.35	3.3
Malformaţiile fătului	0.13	1.3
Total	2.30	22.3

b) Cauze obstetricale:

Bazin strâmtat	0.05	0.5
Anomalii placentare	0.91	8.5
Gemelaritate	0.33	3.1
Prezentaţii vicioase	2.05	18.6
Anormalii uterine	0.33	3.1
Anomalii de cordon	0.26	2.4
Traumatisme obstetricale	1.63	14.2
Alte cauze	0.67	6.2
Total	6.23	56.5

Pericolul congenital minor:

Traumatisme obstetricale	0.31	3.3
Prematuritate	0.85	8.9
Total	1.16	12.2

Cauzele mortalităţei precoce.

Gemelaritate	0.41	3.7
Infecţii	0.43	4.
Sifilis	0.24	2.2
Boli nemicrobiene	0.02	0.2
Malformaţii congenitale	0.04	0.4
Traumatisme obstetricale	0.32	2.9
Debilitate congenitală şi alte cauze	0.97	8.8
Total	2.43	22.2

Din constatările făcute, rezultă că pericolul congenital de 9,17 la suta de copii născuţi vii prezintă o cifră urcată din cauza mortinatalităţii obstetricale, care este de 6,23% şi a mortinatalităţii neostetricale de 2,30%. Pericolul congenital minor nu a fost decât de 1.16%, fiind format de traumatismele obstetricale (0,31%) şi de prematuritate (0,85%). Se vede cât de important este pericolul congenital propriu zis (8,52%) dacă îl comparăm cu pericolul congenital minor (1,16%), care este de 7 ori mai mic.

Comparat cu alte ţări, constatăm că pericolul congenital este mai mic în Plaisance 2,75%, în Leyda 3,99%. El depăşeşte procentul găsit de noi în Viena (arondismentul 6, 7 şi 8), unde ajunge la 10,15%.

Mortalitatea obstetricală urcată în statistica noastră se explică prin faptul că într'o mare clinică se aduc cu întârziere dela mari distanţe cazurile cele mai grave, care nu pot naşte la domiciliu. Buna asistenţă obstetricală din Maternitate se evidenţază prin mortalitatea precoce redusă. In adevăr, traumatismul obstetrical n'a fost cauză de moarte după naştere decât la 0,31 la 100 din născuţii vii şi la 2,9 la suta de copii care au murit după naştere. Mortaliiatea prin traumatism obstetrical este mai coborâtă în Plaisance (0,12), în Hedmark (0,16); ea este mai urcată în Viena (arondismentul 6, 7 şi 8) 1,98 şi în Schardng 3,66%, unde asistenţa obstetricală este insuficientă.

Prematuritatea constitue în statistica noastră o mare cauză de mortalitate. Ea formează 45% din mortinatalitate şi 70% din mortalitatea precoce. Prematuritatea ne-a dat o mortalitate de 5.75 la 100 de născuţi vii. Trebue redusă la noi în ţară prematuritatea, caro este de 2 şi chiar de 3 ori mai mare decât în alte ţări. In clinicile obstetricale din Finlanda se nasc 11,3% prematuri, în Clinica Obstetricală din Kiel 7,7%, în Chicago numai 4%.

Dintr'o lucrare publicată de curând împreună cu d. Dr. Rapoţescu asupra 10372 noi născuţi din clinica Obstetricală din Bucureşti, am constatat că s'au născut 13,2% copii cu o greutate sub 2500 gr., 29,4% cu o greutate între 2600—3000 gr., ceeace face 42,6% cu o greutate mai mică de 3000 gr.

Prematuritatea este în toate ţările o mare cauză de mortalitate. Astfel în Chicago, în 1935, ea forma 63,2% din mortalitatea totală a copiilor născuţi vii. In Freiburg i. B., ea constituie 61% din mortalitatea precoce.

O mortalitate mai mică prin prematuritate găsim în Leyda 0,64%, Gmunden 0,69%. O mortalitate mai mare avem în Viena (arondismentul 10) 2,35%, Cassel (Germania) 2,48%, Augsburg (Germania) 2,55%, Sunderland (Anglia) 2,57%.

Sifilisul, după câte am putut stabili prin examenul clinic şi serologic, ne-a dat o mortalitate de 1,95%, din care 1,71% născuţi morţi şi 0,24% copii care mor în primele 7 zile după naştere. Dacă facem raportul la o sută de copii morţi, găsim un procent de 17,8 din moralitatea perinatală, fiind repartizată: 15,6% mortinatalitate şi 2,2% mortalitate precoce.

După Debré şi colaboratori săi, sifilisul este considerat în sectoarele franceze ale anchetei internaţionale, ca responsabil de aproape ½ din mortinatalitatea neobstetricală şi de aproape ¼ din mortinaalitatea globală. După el, mortinatalitatea datorită sifilisului se ridică în Franţa la 0,64 la 100 de născuţi vii, ceeace corespunde la ¼ din mortinatalitatea totală, care este în Franţa de 2,7 la 100 de naşteri vii.

Dacă comparăm aceste date cu cele găsite de noi, constatăm că infecţia sifilitică este de 3 ori mai frecventă în Bucureşti ca în Franţa, atingând 1,95 la suta de copii vii, în timp ce în Franţa este de 0,64%. Ea corespunde şi la noi la ½ din mortinatalitatea neobstetricală (1,71% faţă de 2,45%) şi constitue 1/5 din mortinatalitatea globală (1,71 faţă de 9,69%).

Se vede din constatările de mai sus, că mortinatalitatea şi mortalitatea precoce sunt în legătură cu: 1). higiena preconcepţională, care se ocupă cu sănătatea procreatorilor; 2). higiena femeilor gravide, ale căror boale au repercusiuni grave asupra sănătăţii fătului; 3) asistenţa obstetricală în timpul travaliului, ca să se evite moartea copilului şi urmările atât de grave pentru desvoltarea lui ulterioară; 4). asistenţa medicală dată noilor născuţi atât de puţin rezistenţi după naştere şi mai ales asistenţa absolut necesară prematurilor, care nu se pot desvolta fără o îngrijire medicală atentă.

Opera de asistenţa prematurilor s'ar putea organiza şi la noi aşa cum s'a făcut în Germania (1930) şi în Italia. Principiile ei se pot rezuma în modul următor:

Se găsesc în pericol de moarte mai

toţi copiii născuţi cu o greutate mai mică de 2000 gr. şi în afară de ei, orice prematur cu afecţiuni cari pun viaţa în pericol.

La fel trebue consideraţi toţi prematurii, care în familia lor sunt lipsiţi de îngrijirile necesare. In aceste cazuri trimiterea într'o Instituţie este necesară.

In primele 10 zile prematurii născuţi în casele particulare sunt încredinţaţi moaşelor. Ele trebue să ceară avizul unui medic.

Dacă nu poate avea indicaţiile unui medic, moaşa pe răspunderea ei are să decidă, dacă copilul poate fi îngrijit acasă, sau dacă trebue trimis într'o instituţie.

Moaşa trebue să-l viziteze în primele 10 zile cel puţin de 2 ori pe zi.

Ca să evite întreruperi în îngrijirea prematurului, moaşele vor anunţa serviciului de asistenţă naşterile premature în primele 3 zile.

Prima grijă a operei de asistenţă este să evite ca preamaturul să rămână fără îngrijire.

După nevoile locale, maternităţile şi creşele vor trebui, să aibă încăperi potrivite pentru ţinut prematurii.

Se vor pune la dispoziţia prematurilor paturi, mijloace de transport, asistenţă medicală şi medicamente.

Medicii şi moaşele trebuesc instruiţi ca să ştii îngriji copiii prematuri.

Pentru **combaterea sifilisului la mamă şi la copil.** Serviciul sanitar german a luat din 1930 următoarele măsuri:

Toate gravidele şi lăhuzele. care se găsesc în Instituţii publice sau private sau care se prezintă la consultaţii, vor fi examinate serologic, căutând să se evite orice constrângere.

Toate organizaţiile vor prezenta la consultaţii cât mai multe femei gravide şi cât mai din timp (în primele 4 luni de sarcină), cărora li se va face examenul sângelui pe o scară cât mai mare.

Moaşele trebuesc instruite cum se ia şi unde se trimite sângele retro-placentar.

Copiii heredo-sifilitici, care au terminat o cură intensă, vor fi supraveghiaţi mai departe.

Trebue date indicaţii medicilor asupra stabilirii diagnosticului şi asupra depistării cazurilor suspecte.

Toţi copiii născuţi morţi trebuesc anunţaţi autorităţilor sanitare ca să fie examinaţi din punct de vedere al sifilisului; mamelor li se vor face examene serologice, şi tratament dacă este cazul.

La noi în ţară aceste măsuri ar putea fi luate întâi în Instituţiile mai bine organizate ca: Asigurările Sociale, Căile Ferate, Centrele sanitare model.

Colapsoterapia în tratamentul pleureziei acute primitive

de Dr. VIRGIL POPA-Predeal

Noţiunile clasice asupra etiologiei pleurezei acute primitive, arată că această maladie nu-i primitivă de cât în aparenţă, de oarece ea nu este de cât prima manifestare aparentă a unei tuberculoze, care până 'n momentul apariţiei exudatului a rămas latentă şi care are origina sa într'un focar pulmonar, — mai mult sau mai puţin vechi, — rest al unei primo-infecţii îndepărtată şi ignorată.

In majoritatea cazurilor natura tuberculoasă a pleureziei acute primitive este stabilită prin apariţia ulterioară a unei afecţiuni pulmonare manifest tuberculoase. Totuşi există pleurezii cari apar în perioada de debut a altor maladii, fapt ce a determinat întrebarea, dacă aceste pleurezii exudative nu sunt de natură alergică şi dacă complicaţiile tuberculoase observate ulterior, nu trebuesc considerate ca o a doua maladie. Cercetările recente au infirmat însă acest fel de a vedea, dovedindu-se că pleura n'a reacţionat de cât sub influenţa indirectă a unui focar de infecţie, care nu era în ultima analiză de cât endotoxina bacilului Koch.

Pleurezia acută primitivă făcând deci parte integrantă din ciclul evolutiv al Tuberculozei pulmonare, tratamentul ce urmează a fi instituit, nu poate fi altul de cât însuşi tratamentul Tuberculozei pulmonare.

In starea actuală a resurselor noastre terapeutice nu putem considera în tratamentul tuberculozei pulmonare, — indiferent forma, — de cât două metode într'adevăr utile: **repausul şi colapsoterapia.**

In privinţa repausului este suficient să reamintim părerea **Profesorului Sergent,** dintr'un articol apărut recent, relativ la: «Manifestările pulmonare consecutiv pleureziei tuberculoase denumită primitivă şi prevenirea lor», — în care spune: «Nu pot să admit ca un pleuretic, să nu fie supus acelorași măsuri preventive ca şi un bolnav de Tuberculoză pulmonară discretă. Personal, — şi sunt convins că toţi clinicenii vor fi de părerea mea, — rămân un zelos apostol al necesităţii curei de repaus prelungit, timp de luni de zile, chiar un an, la toţi convalescenţii de pleurezie zisă primitivă».

Formele evolutive ale Tuberculozei pulmonare sunt multiple. Este incontestabil că anumite forme sunt mortale, ori ce am face; alte forme se vindecă singure fără nici un fel de tratament; iar ultimele, — cele mai frecvente, — n'ar trebui niciodată să omoare bolnavul, dacă ar fi îngrijite aşa cum trebue şi mai ales când trebue.

Pneumotoraxul artificial a modificat complect evoluţia acestor ultime forme, cu condiţia ca: în primul rând Pneumotoraxul să fie **precoce,** — adică să fie instituit din primul moment al depistării tuberculozei, ori cât de discretă ar fi, — şi în al doilea rând să fie **complect,** — adică colabarea pulmonului să nu fie împedicată de prezenţa vreunei simfize pleurale.

Un bolnav ce prezintă o pleurezie acută primitivă este în general atât de obosit, în cât nu poate face altceva de cât să se odihnească complect, — astfel în cât prima metodă terapeutică i se poate aplica automat.

Să vedem dacă i se poate aplica şi a doua metodă: Colapsoterapia!

Primul act de apărare a ţesutului pleural în pleurezie acută primitivă contra bacilului Koch este constituit printr'o exudaţie de lichid sero-fibrinos, care prin reacţia tuturor elementelor seroasei, se cuagulează în straturi suprapuse; ulterior, aceste false membrane fibrinoase printr'o organizaţie conjuctivă dă naştere aderenţelor pleurale. Procesul inflamator nu se localizează însă numai dela baza pulmonului până la nivelul lichidului, — ci cuprinde întreaga suprafaţă pleurală, deci şi spaţiul cuprins între nivelul lichidului şi vârful pulmonului; aici însă prin contactul direct dintre pleura viscerală şi pleura parietală, ia naştere imediat o simfiză pleurală.

Ori, toate observaţiile clinice arată că evoluţia ulterioară a proceselor tuberculoase, se face în marea majoritate a cazurilor la vârf şi de aceiaşi parte cu pleurezia.

Nimic mai neplăcut pentru prognosticul evoluţiei ulterioare a afecţiunei, de cât prezenţa unei simfize pleurale, în momentul când se intervine pentru crearea unui Pneumotorax artificial, — când medicul este nevoit să recurgă la intervenţiuni chirurgicale mai laborioase, cari nu sunt întotdeauna primite cu entuziasm de bolnav.

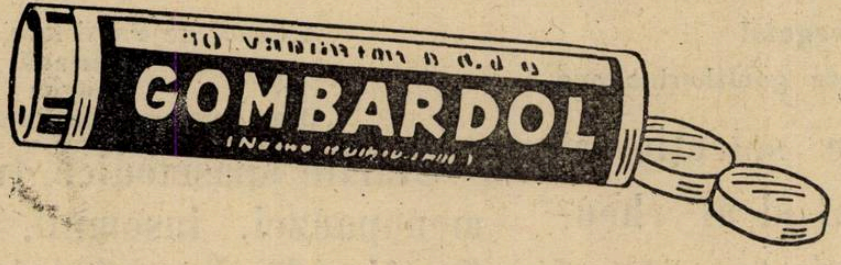
S'a pus însă problema dacă se poate preveni, — în chiar timpul evoluţei pleureziei acute primitive, — formarea simfizei pleurale prin Pneumotoraxul artificial? deci, — prin intro-

Gombardol

(Para-amino-benzen-sulfonamid)

INDICAȚIUNI:
ANGINE SEPTICE
ABCESE TONSILARE
POLIARTITELE REUMATICE
ȘI POSTANGINOASE
ERIZIPEL
SEPTICEMII
CISTITE, PIELITE

Tuburi cu 10 și 20 Tablete

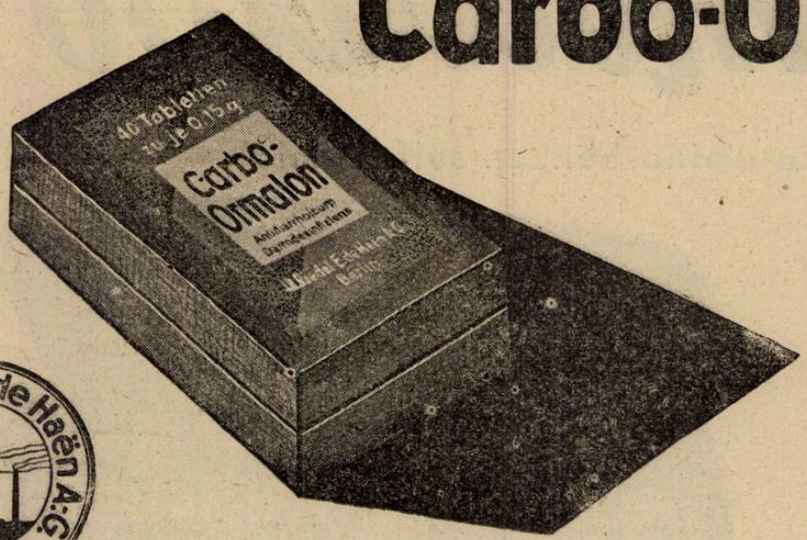


PENTRU TERAPIA PERORALĂ EFICACE ȘI IEFTINĂ IN:
INFECȚIUNILE STREPTOCOCCICE,
STAFILOCOCCICE ȘI PNEUMOCOCCICE

C. F. Boehringer & Soehne G. m. b. H.
Mannheim-Waldhof
Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

Pentru desinfecţia intestinului

Carbo-Ormalon



în enteritele
diaree
sindromul gastro-cardiac
meteorism

Reprezentant pentru România:
RUDOLF FOREK, Bucureşti III, Strada G-ral Eremia Grigorescu Nr. 6

RHEUMALGINE

Acid salicilic vegetal
Hidrolat izotonizat de plante gaultherinogene

Medicamentul de selecţie al durerilor în general şi al rheumatismului sub toate formele şi manifestările lui în special.

1–2 injecţiuni de 2 cmc. pe zi sub cutan, sau intramuscular şi la nivelul locurilor dureroase

PASSIBROVAL

Extract de Passiflora
— Valeriană
— Crategus
Bromomalonal de Calciu

Stările spasmodice, turburările menopauzei, insomnii, turburări funcţionale ale cordului de origină nervoasă.

3 linguriţe pe zi

Mostre şi literatură Laboratorul «I F A R»
Str. Prof. Dr. M. Georgescu, 24 — Bucureşti IV
Telefon 5.67.48

ducerea şi menţinerea unui strat de aer între cele două pleure inflamate, spre a nu le lăsa să vină în contact.

Crearea Pneumotoraxului artificial în plină evoluţie a pleureziei acute primitive, a ridicat fireşte nenumărate critici, — şi sunt autori cari îi neagă ori şi ce utilitate. Alţii însă, — partizani ai metodei, — au ajuns la concluzia că: pneumotoraxul trebuie făcut sistematic chiar dela începutul pleureziei.

Tehnica acestei intervenţiuni de mică chirurgie este la îndemâna oricărui medic. Astăzi când aparatul de pneumotorax artificial trebue să se găsească aproape obligator în arsenalul instrumentar al fiecărui medic practician, — adaptarea unei siringi obişnuite la acul de punctie nu cere de cât puţină bunăvoinţă, — astfel în cât evacuarea lichidului şi înlocuirea lui cu aer, se poate face chiar la patul bolnavului. In principiu, lichidul trebue evacuat complect, iar aerul introdus nu trebue să depăşească jumătate din volumul lichidului evacuat. Momentul cel mai prielnic evacuării lichidului, pare a fi chiar la începutul afecţiunei, în plină perioadă febrilă, iar nu către sfârşitul maladiei, întrucât în această epocă i-a naştere simfiza pleurală.

Imediat ce febra scade şi bolnavul se poate deplasa, — o radiografie pulmonară, — facilitată de înlocuirea exudatului opac printr'o bulă de aer, — ne va permite să analizăm starea pulmonului în cauză, căpătând astfel indicaţii preţioase în vederea terapeuticei de urmat. In mod obişnuit, imediat după evacuarea lichidului, febra se ridică şi se menţine ridicată două, trei zile, — ca să scadă complect în zilele următoare. Intr'un număr mai mic de cazuri, febra continuă să se menţină ridicată timp mai îndelungat. In aceste cazuri examenul radiografic lămureşte perzistenţa hipertermiei, arătând prezenţa unui proces tuberculos în masa pulmonară. Aici, o nouă evacuare de lichid, urmată de o nouă introducere de aer, va acţiona mai util decât toate medicamentele cu reputaţie antituberculoasă îndoelnică.

Şi într'un caz şi în celalt, de aici înainte conduita terapeutului trebuie să se conformeze tratamentului Tuberculozei pulmonare.

Născută din experienţă clinică, — **Colapsoterapia**, — dela introducerea ei de către **Forlanini** în tratamentul Tuberculozei pulmonare, — în absenţa oricărui tratament biologic sau medicamentos, — s'a dovedit a fi o metodă terapeutică excepţională, iar succesul său mereu crescând, nu mai este astăzi contestat de nimeni.

In cazul pleureziei acute primitive — Pneumotoraxul artificial — ne va da aproape întotdeauna satisfacţia de a fi modificat radical prognosticul, — deobicei atât de întunecat, — al acestui sindrom, care nu-i decât o etapă în evoluţia Tuberculozei pulmonare. Prin crearea lui, se izolează pleurele în timpul perioadei inflamatorii, — evitându-se astfel simfiza pleurală, retractile şi durerile toracice, — şi mai ales se evită evoluţia unei Tuberculoze pulmonare aflate într'un stadiu latent.

Cauzele pneumopatiilor consecutive intervenţiunilor pe stomacul ulceros

de **ALEXANDRU LAMBESCU**
Chirurg primar Spitalul de Stat Timişoara

şi

Dr. MARIN TEŞOIU
Medic secundar

Complicaţiunile pleuro-pulmonare după operaţiile pe duoden şi stomac au fost notate şi comentate de toţi autorii, înglobând însă acest capitol în întregul cortegiu de complicaţii post-operatorii ce pot surveni la ulcerocşii operaţi.

D. **Lena** şef de clinică medicală la Facultatea de Medicină din Marsilia, consacră un studiu special acestei chestiuni în Actualités Médico-Chirurgicales (troisième série).

Prof. **Iacobovici** şi colaboratorii, în volumul IV Chirurgie, partea I-a, la capitolul complicaţii post-operatorii, spun în concluzie următoarele: Pneumopatiile survenite după toate anestesiile generale cu eter şi mai ales urmează după intervenţiunile laborioase. Ca explicaţii patogenice se acuză traumatismul pneumogastricului şi infecţia pe cale limfatică.

Prof. **Hortolomei** şi **Buţureanu** fac o revistă generală a acestor complicaţiuni în volumul de Chirurgie a ulcerului gastro-duodenal.

Frecvenţa acestor complicaţiuni diferă dela autor la autor, deci dela mediu la mediu, însă ceia ce este constant şi indiscutabil e că pneumopatiile sunt mai dese după operaţiunile pe stomac decât după oricare altă interventiune abdominală.

Hartmann dă un procent de 18,5% **Grégoire** 11%. **La Cerf** şi **Pauly**, cifrele variază în jurul mediei de 20%, **Simon** şi **Fontaine** găsesc morbiditatea urcată până la 27—28,5%.

Cifrele sunt şi mai variabile când încercăm să stabilim morbiditatea comparativă, după rezecţii sau G. E. sau după anestezicul întrebuinţat.

Din statisticile lui von Miculicz reiese o morbiditate de 17,7% după anestezia generală, pe când după operaţiile practicate sub anestezie locală, se atinge procentul de 28,5%.

Această diferenţă se explică în primul rând prin aceia că anestezia locală a fost utilizată exclusiv la cazurile cu leziuni pleuro-pulmonare preexistente actului operator.

Acelaş comentar îl face şi **Finsterer** după lucrările lui **Gottstein** şi **Henle**.

Cât despre mortalitate, mă mărginesc a reda datele lui **Goulioud**. La congresul francez de chirurgie din 1924 acest autor dă o mortalitate post-operatorie, prin complicaţii pulmonare, de 10,42% repartizată astfel:

7,65% după anestezia generală
2.77% după anestezia locală.

Din statisticile Prof. **Nasta** publicate până în anul 1933 reiese că la o mortalitate imediată de 15 cazuri, 3 din ele au făcut pneumopatii, iar două au sucombat datorită acestei complicaţiuni.

La Prof. **Hortolomei**, până în 1928 găsim următoarele date după citatele lui **Buţureanu**: — «procentul mortalităţii este deci în statistica noastră de 6,71% din care complicaţiile pulmonare formează aproape jumătate din numărul total al morţilor. Aceste complicaţiuni pulmonare au survenit toate la bolnavii în vârstă, cu afecţiuni pulmonare cronice, existente şi în timpul ierei.

Dr. **Petrescu Gh.** în revista de chirurgie (No. 7—8/1941) relatând cazurile letale din pericada II a activităţii sale, declară cazul al treilea ca sucombat în urmă unei complicaţii pulmonare acute.

Evoluând însă în timp, chirurgia gastro-duodenală a făcut neîncetat progres tehnic şi s'a ameliorat ca rezultate. Complicaţiile pulmonare sunt azi mai atenuate şi mai rare.

Dar cu toate precauţiunile luate şi cu toate prevederile, cauzele acestor complicaţiuni nu au putut fi cu totul înlăturate. Intre cauze trebuie să socotim atât factorii extrinseci cât şi cei intrinseci, factorii etiologici şi factorii patogenici. Prin factorii extrinseci concepem mediul în care se lucrează. Acest lucru nu este neglijabil fiindcă posibilităţile materiale, în unele spitale sunt încă sub nivelul cerinţelor din

acest punct de vedere, iar personalul auxiliar nu e prea convins de rolul diferenţierilor de temperatură, la care supun brusc operatul în timpul transportului dela sală la pat. Tot în acest cadru intră frigul sezoanelor, care ca şi şocurile ori traumatismele scad puterea bacteriolitică a pulmonului. Nu mai puţin narcoza, a fost pe drept cuvânt încriminată şi rolul ei amplu discutat. Găsesc util să reproduc textual cuvintele lui **Lena**: «gravitatea accidentelor este mai mare în intervenţiunile cu anestezie generală. Această anestezie ar activa iritând epiteliul pulmonar şi suprimând astfel reflexele laringee şi traheale. **Chevalier-Jackson insistă asupra faptului de** a se încuraja reflexul tusei după o intervenţie gastrică, chiar dacă aceasta tusă este dureroasă. Bolnavul tuşind va debarasa căile respiratorii de mucozităţile cari le obstruiază.»

Incontestabil că şi după anestezia locală ori regională apar complicaţiuni pulmonare. Aici intervin factorii intrinseci, fie etiologici, fie patogenici. Sunt indivizi cu meiopragie pulmonară, cu fragilitate pleuro-pulmonară congenitală sau câştigată prin alcoolism, tabagism sau cu un spin iritativ local, inactiv până la data intervenţiunei. Cauza eficientă pare a fi exclusiv un germen, un coc, fie strepto (Rosenow) fie entero (Schmitz) fie pneumococul (Lena) fie o asociere de coci, a căror diferenţiere este destul de dificilă.

In timpul actului operator ar avea mare importanţă răcirea peritoneului prin contact îndelungat cu aerul, manevrele bruşte prin reflex aducând hipotensiune şi deci hipostază pulmonară, secţiunile şi suturile în zonele contaminate din jurul ulcerului şi traumatismul pe pneumogastrici.

După operaţie nu sunt de neglijat cauzele cari duc la o rea ventilaţie pulmonară, la congestia hipostatică şi la o reactivare a unui microbism latent «in situ» ori în vecinătate (amigdale faringe).

Din studiul tuturor aceste cauze s'au născut patru teorii patogenice:

1) Teoria embolică.

După apărătorii acestei teorii, ar urma ca pe calea venoasă să se mobilizeze embolusuri mari sau mici. Autori ca Lejars, Lapointe, Duchon au obiectat acestui mod de interpretare lipsa septicemiei, care s'ar produce; ori în pneumopatiile postoperatorii nu se constată nici cel puţin manifestări morbide din partea ficatului, ceia ce ar fi explicabil, cunoscută fiind circulaţia venoasă trans-hepatică. E drept că la toate obiecţiunile ridicate, partizanii teoriei embolice găsesc răspunsuri convingătoare.

2) Teoria limfatică.

Această teorie se bazează pe identitatea de germeni din focarul operator şi din spută. Martin, Babinowitsch conchid că ganglionii mezenterici, la adult sunt o «barieră permeabilă» permiţând trecerea germenilor. Pentru **Lambret** şi **Razemon** pulmonul rămâne primul filtru întâlnit de microb după barajul ganglionar.

3) Teoria aeriană.

Creatorii acestei teorii, **Boirron şi Dargien**, reabilitează vechile concepţii inhalatorii.

4) Teoria atelectaziei pulmonare.

Acestei teorii, autorii americani, în special, îi acordă o mare valoare. Ea s'ar produce după mai multe mecanisme.

W. Pasteur menţionează atingerea muşchilor **respiratorii prin** paralizia frenicului. **Bradford** acuză respiraţia prea superficială, **P. Irvin** paralizia musculaturei bronchice, alţii acuză atingerea organică sau funcţională a pneumogastricului sau a recurentului. **Mocquot** a susţinut rolul unei infecţiuni. **Corillos** nu ia nimic în consideraţie şi crede că totul trebue atribuit obstrucţiei bronchice. **P. Halbron** care numeşte atelectazia: colaps acut al plămânului acuză turburările circulatorii produse prin vaso-constricţie arterială.

In linie generală şi schematică, pneumopatiile postoperatorii se pot divide şi cuprinde aşa cum sunt simplificate în tabloul următor:

a) Infecţioase
- Inflamaţiuni br. pneumonice
  - vulgare
  - tbc.
- abcese pulmonare
  - simple
  - gangenuoase

b) Mecanice
- emboliі
- atelactazia pulmonară

Din mersul postoperator pe 60 cazuri operate, am constatat că într'adevăr, dacă nu poate fi vorba de complicaţiuni pleuro pulmonare în toate cazurile operate, cel puţin (cu o excepţie de 5%) o uşoară reacţiune pulmonară s'a observat la fiecare.

Din aceste cazuri operate, 2 au fost supuse anesteziei generale cu eter, ambele au făcut traheo-bronşită, cu expectoraţie abundentă a tuturor bronchiilor, la 8 rachinovocaină şi rachipercaină. Restul de 50 au fost operat exclusiv sub anestezie locală. Am complectat anestezia locală cu câte 0,01 gr. morfină la ½ oră interval. Am anestezi'at cu novocaină (sol. 0.75%) micul epiploor în porţiunea care aderă segmentului gastric vertical şi uneori genu superior şi inferior al bulbului duodenal. Permitem totdeauna bolnavului să facă 1—2 minute, în cursul operaţiei mici mişcări, pentru a deblca circulaţia regiunilor prea comprimate în decubitul dorsal prelungit.

După natura intervenţiunilor s'a practicat:

Rezecţii largi	40 cazuri
G. E.	15 »
Sutura ulcerului şi epiploplastie	5 »

Trei operaţi au fost indemni, n'au avut nici cea mai mică reacţie pulmonară, restul de 55 au făcut traheo-bronşite de diferite grade, cele mai multe banale, benigne, de câte 3—4—5 zile apărând la 24—48 şi chiar 72 ore. Toate au cedat destul de repede la câteva sulfamide comprimate, infuzii, camforeter în injecţi, ori alte preparate ce am avut la îndemână.

Mortalitatea a fost următoarea:

1 caz de rezecţie decedat la 10 zile cu semne de insuficienţă hepato pancreatică şi uremie ireductibilă.

3 cazuri de ulcer perforat cu inundarea peritoneală după mai mult de 24 ore, dela perforaţie, cari au făcut peritonită generalizată.

Nici un deces nu a fost provocat sau grăbit prin complicaţiun pleuro-pulmonare.

In timpul actului operator, dela început şi până la urmă, nu lăsăm nici un viscer în contact cu aerul. Totul este bine acoperit şi utilizăm un mare număr de câmpuri moi, confecţionate din tifon, cu care menţinem ferită plaga operatorie.

Când este cazul tratăm preoperator leziunile tracheo-bronşice preexistente.

Cu toate acestea numai 3 operaţi au fost cu totul indemni. Astfel stând lucrurile, în concluzie, s'ar părea că nu poate fi acuzată o singură cauză sau un singur proces patogenic.

Inclinăm a crede, împreună cu D. **Lena** că patogenia complicaţiunilor pleuro-pulmonare după operaţiunile pe stomac-duoden, este rezultatul mai multor factori. Primul şi cel mai important va fi microbismul, fie de origină pulmonară, fie de origină gastrică. In cazurile din urmă, agentul agresiv microbian, pentru migraţiunea lui spre plămân, împrumută ori calea limfatică, ori calea venoasă, după traversarea hepatică.

Al doilea factor va fi realizat din condiţiunile de micşorarea rezistenţei organice generale şi locale: stază sanguină, atelectazie, traumatismul pneumogastricului, răcirea peritoneului. etc.

D.O.C.A.

ACETAT DE DESOXICORTICOSTERON, ÎNSOL. UL.

◆

INDICAȚIUNI:

Maladia lui Addison, stări de slăbiciune generală cu hipotensiune și anorexie; arsuri și degerături întinse; maladii infecțioase grave (difterie toxică, febră tifoidă, etc.) Intoxicații alimentare la sugaci și copii.

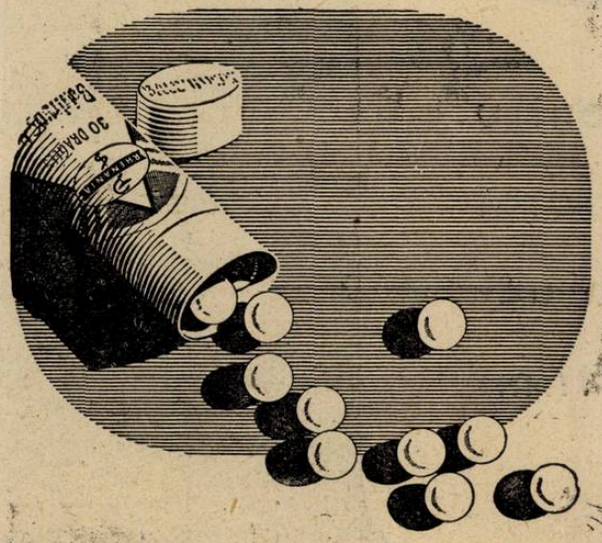
Administrare intramusculară.

N.V. ORGANON

OSS (Olanda)

Reprezentanța pentru România:
ODOL-PHARMA
SECȚIA FARMACEUTICĂ
ODOL S. A. R.
STRADA APOSTOL MĂRGĂRIT, 22 – TELEFON 5-6776
BUCUREȘTI IV

Pentru obținerea unui efect satisfăcător



la terapia cu valeriană de altădată, era necesar, administrarea în doze masive.

Baldian-Dispert, un preparat nativ, concentrat prin uscare, nu prezintă acest desavantaj ci permite, grație standardizării sale, o acțiune sedativă completă a Valerianei. 3 Drageuri de Baldrian-Dispert = 100 U. S. V. (Unități șoarece de valeriană) după Haffner. Concentrația aceasta înaltă se obține prin procedeul modern de fabricațiune, prin dispersiune "Dispert".

Ambalaje originale: Flacoane cu 30, 100 și 200 drageuri.

"Rhenania" Secția Farmaceutică a S.A. Kali Chemie, Berlin.

Dep.: Pharmag S. A., Brașov.

RHENANIA

Baldrian Dispert

preparatul foarte concentrat de valeriană, fără gust și miros

BRONCHISAN

Asthma-Tabletten

Mijloc sigur pentru tratamentul peroral și prevenirea accelor de asthm.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO., MANNHEIM-WALDHOF

Reprezentant pentru România: Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu 6

Injecţiunile sclerozante în tratamentul hemoroizilor

de Dr. DUMITRU DOBRESCU-IAŞI

Hemoroizii, cunt o afecţiune destul de cunoscută medicilor cari o tratează, cu toate dificultăţile în ceeace priveşte rezultatele obţinute cât şi diversitatea de idei în ceeace priveşte etiologia şi patogenia lor.

Lăsând la o parte toate celelalte tratamente, voi arăta în articolul prezent, ce este metoda sclerozantă, precum şi rezultatele ce le am obţinut în cele 30 de cazuri tratate de mine.

Metoda injecţiunilor sclerozante este cunoscută încă dela jumătatea secolului trecut, practicată întâi în Anglia, de unde trece în America, unde este discreditată, fiind practicată de aşa zişii: proctologişti şarlatani. Astfel **Bodenhammer,** susţine că acest procedeu, nu numai că este nesigur, dar şi periculos. Soluţia sclerozantă utilizată, era clorhidratul de fer.

Pela 1869, o serie de chirurgi englezi, ca: **Morgan, Mitchell, Coller, Andrews, Kelsey,** reiau în studiu metoda şi comunică rezultatele mulţumitoare obţinute. Ei întrebuinţau soluţii de acid fenic. **Swinford Edwards,** publică în 1888 un raport amănunţit asupra rezultatelor bune obţinute cu această metodă. De data aceasta metoda este practicată după principiile ştiinţifice şi astfel este răspândită în Europa. In Franţa, metoda este inaugurată de R. **Bensaude** şi continuată de elevii săi, **Rachet şi Savignac. Bensaude** a practicat această metodă din 1920 şi spre deosebire de ceilalţi care injectau soluţia sclerozantă în pachetele hemoroidale, el a injectat soluţia **deasupra** pachetelor hemoroidale în mucoasa sănătoasă.

Care sunt soluţiile sclerozante? Din trecutul îndepărtat al acestui tratament, şi până în prezent, aceste soluţii s'au schimbat incontinuu. Aşa de exemplu, în primele începuturi, în Anglia şi Statele Unite, soluţiile sclerozante constituiau un secret personal. Numai în 1853, **Jobert** comunică întrebuinţarea clorhidratului de fier. **Morgan** a utilizat în Anglia persulfatul de fier, **Mitchel** utiliza fenolul, **Coller** perclorura de fier, **Andrews** fenolul amestecat cu untdelemn; Ceva mai târziu, acidul fenic şi glicerina fenicată 10—20% a avut o mare răspândire. Salicilatul de Sodiu este utilizat de Prof. **Iecker** în 1922; **Boas** se serveşte de alcool rectificat 97°.

In prezent, aproape toate aceste soluţii au fost părăsite, atât din cauza rezultatelor nesigure, cât mai ales din cauza complicaţiilor produse; astfel se explică numărul extrem de variat de substanţe utilizate.

Literatura recentă a terapeuticei sclerozante a hemoroizilor, ne arată o preferinţă pentru soluţiile de glucoză 50% în apă distilată recomandată de V. **Meisen** sau de soluţie zaharată gliceri nată recomandată de **F. Wincler.** In Franţa, şcoala lui **R. Bensaude,** utilizează în mod constant soluţia de chinină şi uree 5%. Consequent aceleaşi şcoale, reprezentată prin **Rachet şi Savignac,** am utilizat în toate cele 30 de cazuri tratate, soluţia de chinin-uretan 5%. Aceasta are şi avantajul că, pe lângă scleroza provocată, este şi un anestezic.

TECHNICA UTILIZATA. Inainte de a aborda tehnica propriu zisă trebue amintit că înstrumentarul necesar este un anuscop tip Bensaude, lampă frontală, siringă de 2 cc. şi o piesă intermediară lungă de 10 cm. fixată de ac şi siringă, pentru a introduce acul cât mai sus pe peretele rectal. Pregătirea bolnavului este aproape inutilă, întrucât este vorba de un tratament ambulatoriu. Totuşi, când a fost posibil, am recomandat bolnavului să meargă la toaletă, sau să i se facă o clismă imediat înaintea injecţiei. Poziţia, genupectorală cu faţa sprijinită pe masă şi fesele depăşind marginea mesei, ni se pare cea mai comodă. Anestezia este inutilă, întrucât aşa cum am arătat mai sus, însăşi soluţia sclerozantă este anestezică.

Tehnica injecţiei: instrumentarul pregătit, siringa încărcată cu soluţia sclerozantă, bolnavul aranjat în poziţia de mai sus; se introduce anuscopul Bensaude, cu foarte multă delicateţe, pentru a nu provoca contracţiuni sfincteriene dureroase. In aceste cazuri şi în special în cele de spasm sfincterian, se va face totdeauna un tuşeu rectal simplu sau complectat cu un uşor masaj, pentru a diminua acest spasm sfincterian. Se va introduce anuscopul astfel ca, depăşind zona hemoroidală, să găsim mucoasa rectală roz-palidă şi fără nici o leziune. Această regiune se găseşte la o profunzime de 7—10 cm. La acest nivel se va introduce acul fin cu biseau-ul scurt dela siringa montată, şi mergând aproape paralel cu mucoasa, se introduce cam 1—1½ cm., astfel ca să pătrundă între pătura musculară şi cea mucoasă. La acest nivel se introduc 2 cc. din substanţa sclerozantă. Injecţia executată în aceste condiţiuni este aproape nedureroasă. Dacă în momentul trecerii acului prin mucoasă sau introducerii soluţiei bolnavul acuză dureri exagerate, este un semn sigur că acul a depăşit spaţiul bun şi ajuns în musculoasă. In acest caz se va retrage puţin acul, şi i se va da o direcţie mai superficială. Soluţia introdusă în spaţiul bun, durerea este nulă sau foarte slabă. La nivelul înţepăturii se produce un bourrelet al mucoasei, care îşi păstrează totuşi coloraţia roz-palidă. Dacă acul a pătruns prea superficial, atunci mucoasa devine palidă sau chiar albicioasă. In acest caz, pericolul de necroză al mucoasei la acest nivel este iminent. De notat că, şi înainte şi după injecţie, se va badijona mucoasa rectală — la nivelul injecţiei — cu soluţie de mercure-crom 2%.

Care sunt modificările produse de soluţia sclerozantă?

Controlul histologic al pachetelor hemoroidale extirpate, făcute de **Anderson şi Dickes,** constată în primele zile un oedem interstiţial, iar mai târziu, tromboze vasculare. După 10—12 zile dela injecţie observă o desvoltare importantă de ţesut conjunctiv. **Pazzagli** descrie o endoflebită obliterantă după injecţia cu salicilat de sodiu.

INCIDENTELE ŞI ACCIDENTELE METODEI. In genere, când tehnica este corect aplicată, durerea este minimă sau inexistentă.

Durerea exagerată în timpul sau după injecţie, este datorită pătrunderii substanţei sclerozante prea profund în pătura musculară, sau prea superficial în pătura muccasă. Ea survine imediat după prima picătură, aşa încât retracţia sau împingerea acului mai în profunzime, o calmează după câteva momente. Este o durere vie, dând impresia unei arsuri şi dispare tot aşa de repede prin acţiunea anestezică a substanţei. Este un incident pe care l-am remarcat în primele cazuri, dar care nu a dat nici o complicaţie şi care nu a mai existat atunci când m'am accomodat cu tehnica.

Am evitat de a face aceste injecţii în mucoasă rectală inflamată, congestionată, pentru că în acest caz, injecţiile sunt dureroase totdeauna, şi produc complicaţii destul de sericase, ca: escare sau abcese. Deaceia totdeauna am căutat regiunea sănătoasă, cât mai sus, deasupra zonei hemoroidale, când leziunea inflamatorie era localizată, sau am tratat preventiv rectita. Una din complicaţiile de temut ale acelo care introduceau soluţia sclerozantă chiar în plin bourrelet hemoroidal, erau: durerea, escara şi complicaţiile inflamatorii, abcesele. Deaceia insist că, injecţiile să fie făcute **deasupra he-**

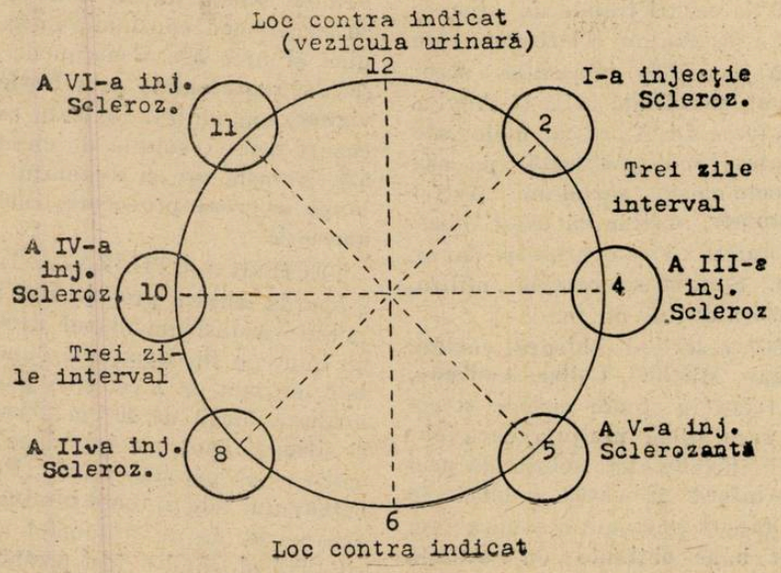
moroizilor în mucoasa sănătoasă.

Escara; am avut această complicaţie în 3 cazuri şi în primele începuturi de la utilizarea metodei. In primele două cazuri, erau escare superficiale limitate, datorite înţepăturii prea superficiale. Intreruperea injecţiilor timp de 8—10 zile, până la cicatrizare şi tratamentul lor prin badjonare cu mercurocrom zilnic, a fost conduita de tratament. In al 3-a caz, s'a produs o escară mai profundă complicată de o fistulă perianală, care a trebuit să fie tratată chirurgical. Aceasta a fost singura şi cea mai gravă complicaţie din toate cazurile tratate şi datorită înţepării mucoasei rectale inflamate în apropierea bourreletului hemoroidal. Deaceea recomandată expresă de a nu începe tratamentul, decât după liniştirea crizei acute.

Hemoragia. Nu am avut niciodată hemoragii care să necesite un tratament special ca de ex.: pensarea unui punct care sângerează; simpla eşire a 2—3 gute de sânge, se liniştesc uşor după tamponarea cu o compresă mică introdusă prin anuscop cu o pensă anatomică lungă.

Se citează în literatură o serie de complicaţii din care nu am întâlnit nici una, aşa de exemplu: tulburări rectale ca: tenesme, sau tulburări vezicale sub formă de dureri, disurii sau chiar retenţii de urină, hematurii. **Bensaude** citează un caz de intoleranţă marcată a organismului pentru chinină. **K. Delater** şi **Vendel** au văzut eriteme pruriginoase datorite intoleranţei, **K. Blond** şi **H. Hoff** citează 3 decese prin flegmoane perirectale, perirectite septice difuze. Este evident că, în toate aceste cazuri, neglijenţa în aplicarea unei technic corecte, este fără îndoială, cauza complicaţiilor. Orice tratament oricât de inofensiv, când nu este aplicat corect, va produce complicaţii mai mult sau mai puţin grave. La fel este justă părerea emisă de **Gabriel** anume că «technica injecţiilor nu este uşoară şi necesită multă practică». Principiul este confirmat şi de **R. Bensaude** care citează erori produse prin ignoranţa aplicării metodei (6 cazuri de cancer recto-sigmoidian, ignorate şi tratate prin această metodă).

Unde trebuesc plasate injecţiile făcute după technica de mai sus? Am aplicat în acest scop technica lui Bensaude, pentru a fixa totdeauna locul precis, unde s'a făcut fiecare din cele 6 injecţii care constituesc seria de tratament. Comparând orificiul anal cu cadranul unui ceas, ora 12 corespunde comisurei posterioare (bolnavul aşezat în poziţie genu-pectorală — Fig I) iar ora 6 corespunde comisurei anterioare. In genere aceste puncte sunt contraindicate pentru injecţii, în special comisura anterioară (ora 6) spre a evita prostata. Ordinea în care se vor face injecţiile este în puncte diametral opuse, ca de ex: ora 2, 8 3, 10, 5, 11 aşa cum sunt indicate în schema alăturată. Aceasta este aranjat în scopul distanţării în timp a regiunilor sclerozate. Se introduce cantitatea de 2 cc. soluţie chinin-uretan sol. 5%. Intervalul dintre injecţii este de 3—4 zile libere. Numărul de 6 injecţii într'o serie, nu a fost depăşit, având în vedere că zona suprahemoroidală a fost sclerozată circular, după technica de mai sus. Dacă este necesar, se pot repeta aceste 6 injecţii după o pauză de 15 zile. Aceasta este technica aplicată în cele 30 cazuri tratate. Fiecare bolnav prezintă o fişă cu schema alăturată desenată şi unde i se scrie la fiecare injecţie, locul şi data la care s'a făcut. In acest mod se evită a se face două injecţii consecutive, pe acelaşi loc.



CARE SUNT INDICAŢIILE ŞI CONTRA-INDICAŢIILE METODEI SCLEROZANTE?

Bunele rezultate ale metodei sunt în primul rând în funcţie de indicaţiile precise. Nu vor fi tratate prin metoda sclerozantă toate afecţiunile hemoroidale, ci vor fi bine selecţionate. Numai în acest mod rezultatele vor putea fi cele aşteptate. In caz contrar rezultatele pot fi nule şi de aci şi ineficacitatea metodei care poate fi discreditată.

Care sunt cazurile în care poate fi aplicată metoda? Considerând clasificaţia clasică a hemoroizilor interni, externi şi mixti, indicaţia primordială este în hemoroizii interni simpli. In aceste cazuri, metoda va da cele mai bune rezultate. Durerea şi hemoragiile vor fi ameliorate şi chiar dispărute, încă dela primele două-trei injecţii. Se vor administra în aceste cazuri injecţiile după technica arătată mai sus, iar în cazurile când se obţine numai o ameliorare, o nouă serie de injecţii (6) practicată după o pauză de 15 zile, va aduce o vindecare a varicozităţilor hemoroidale.

In hemoroizii interni, prolabaţi, prolapsul mucoasei rectale este ameliorat în mod inconstant prin metoda sclerozantă. Se vor ameliora în special durerea şi hemoragiile.

Pruritul beneficiază în mod constant de tratamentul sclerozant. Nu vor fi trataţi prin această metodă hemoroizii, în timpul crizei acute, însoţit un grad avansat de rectită.

CONTRA INDICAŢIA este precisă pentru hemoroizi externi; nu vor beneficia niciodată. Contraindicaţie netă pentru hemoroizii mult prolabaţi ireductibli, complicaţi cu tromboflebite, sau supuraţii periamale, abcese sau ulceraţii anorectale, polipi rectali. Contraindicaţia este absolută pentru hemoroizii simptomatici. In toate aceste cazuri numai tratamentul chirurgical va da rezultatele aşteptate. Cura radicală Withead, atât de criticată de unii chirurgi, este totuşi o metodă excelentă, dacă se păstrează anumite reguli de ordin technic.

REZULTATELE INJECŢIILOR SCLEROZANTE. — **Bensaude**, animatorul metodei, susţine că pe 83 cazuri tratate, a obţinut: 61,4% vindecări; 32,5% ameliorări; 6% rezultate nule. **Heniger** pe 107 cazuri a obţinut după 6—20 luni: 87 vindecări, 17 ameliorări, şi 3 rezultate nule. **Elsner** pe 300 cazuri, obţinute: 83,4% vindecări. **Kilbour-**

În turburări digestive:

dispepsii de fermentaţie şi de putrefacţie, meteorism, hiposecreţiune a fermenţilor, inapetenţă diarei pancreatogene, sensibilitate alimentară şi pentru o mai bună utilizare a alimentelor greu digestibile, sau cari produc flatulenţă

PANKREON »Rhenania«

preparatul „clasic" de enzime digestive.

Praf:	1 gr. = 4 tablete digeră:
flacon cu 10, 25 şi 50 gr.	12,5 gr. grăsime în 60 minute.
Tabl.:	270 gr. amidon în 10 minute.
flacon cu 25, 50 şi 100 buc.	100 gr. albumină în 30 minute.

RHENANIA SECTIA FARMACEUTICĂ A S. A. KALI-CHEMIE. BERLIN

Dep.: Pharmag S. A., Braşov

Dodonal

J. D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

înlătură agripnia şi în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu câte 10 dragele à 0,3 gr.

Reprezentant pentru România:

RUDOLF FOREK, Bucureşti III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

Tratamentul Şancrului Moale şi complicaţiilor sale

Prin injecţiuni intramusculare cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU-BANCIU"

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

este foarte bine tolerat. Nu dă şoc nici febră permiţând tratamentul ambulatoriu

PREZENTAREA: Cuti: cu 6 fiole a 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate farmaciile din ţară.

Pentru literatură şi eşantioane Domnii Medici se vor adresa:

Laboratorului „Dr. A. BANCIU" Bucureşti, Str. Regală, 10 — Tel. 5.84.29

Medicamentul suveran al boalelor gastro-intestinale, de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

35 ani de existenţă
(1907 — 1942)

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal. conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

Indicat în: enterite acute şi cronice *la copii şi adulţi,* diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza *etc.*

Pentru literatură şi eşantioane a se adresa Laboratorului „Dr. A. BANCIU" Bucureşti, Str. Regală Nr. 10 Etaj. Telefon 5 84.29

ne, pe o statistică de 26262 cazuri, obţine: 85% vindecări şi ameliorări, plus 15% recidive.

In cele 30 cazuri, tratate şi urmărite personal, 1—8 luni, am obţinut: vindecări în 21 cazuri de hemoroizi interni. Ameliorările au fost 5, în hemoroizi interni. Am avut 4 rezultate mediocre în hemoroizii mici, cu uşoară prolabare a mucoasei rectale. Am avut ca accident aşa cum am spus mai sus, 3 escare superficiale.

In concluzie, din literatura controlată ca şi din cazurile tratate personal, se remarcă un procent de 75—80% vindecări.

Metoda sclerozantă dă rezultate bune, cu singura condiţie esenţială ca indicaţiile să fie bine precizate. Metoda nu exclude tratamentul chirurgical, ci, acesta o complectează, în cazurile de hemoroizi externi sau mixti. Metoda **este ambulatorie, iar** technica poate fi acomodată foarte uşor.

Consideraţiuni asupra gingivoragiilor datorite trombopeniei esenţiale

Dr. SURUGIU SIMION

Trombopenia este un sindrom morbid, având la bază diminuarea cantitativă şi calitativă a trombocitelor, ducând la o perturbaţie de coagulare a sângelui şi ca consecinţă, la manifestarea clinică între altele şi prin tendinţa la sângerare a tegumentelor, viscerelor, mucoaselor şi foarte des a mucoasei nasale, bucale şi a gingiilor.

Datorită cercetărilor întreprinse de P. E. Weil, Kolster, Werlhoff, Kaznelson, E. Frank, Henouk, Hayem, Goldsenhoven, Goia, Le Sourd şi Pagnie, Lee şi Robertson, Bedson, Ledingham, Lupu, Tudoranu, Roskam, Duke, Nolf şi Herry, Feissly, Govaerts şi Graţia, Merklen, etc., s'a ajuns la stabilirea unei deosebiri nete între sindromul hemoragipar trombopenic şi hemofilie sau perturbaţiuni ale sângelui asemănătoare.

Tot în urma cercetărilor aceloraşi autori, s'a stabilit şi o clasificare a trombopeniilor în primitive sau esenţiale şi secundare, luându se ca bază cauza probabilă a fenomenului.

Procesul intim chimico-biologic al anomaliei din organism în trombopenie este încă ipotetic.

Ca în orice alt domeniu, unde nu este încă suficientă lumină, practic, ceia ce este de reţinut, indiferent de precizările chimicobiologice ce vor mai surveni, este utilul imediat, iar din punct de vedere terapeutic, succesul (şi acesta relativ), este în funcţie de precizia diagnosticului exactitatea depinzând deadreptul de examenul hematologic, deoarece clinicește manifestările nu sunt constante, nu sunt proprii numai acestei stări morbide şi neurmând vr'o regulă, de unde şi considerentul de sindrom şi nu de boală.

Modul de manifestare de care ne ocupăm, este sângerarea gingiilor manifestare frequentă, care adesea ia înfăţişarea de adevărată hemoragie, uneori de o extremă gravitate.

Expunem observaţiile clinice şi anatomo-pathologice a două cazuri întâlnite.

OBSERVAŢIA I.—In ziua de 15.9.1941, mi-s'a prezentat la consultaţie Sublt. de rez. din marină B. V., în etate de 25 ani, de profesiune avocat, pentru a-i extrage resturile radiculare al celui de al doilea molar inf. drept, pentru că această rădăcină dentară, după credinţa bolnavului şi a medicului unităţii, îi provoacă cu intermitenţă gingivoragii, unele ori destul de îngrijorătoare. Aceste hemoragii le are de 2 săptămâni, când i-au apărut brusc şi violent, în ultimele zile a pierdut o mare cantitate de sânge, fără alte manifestări, decât oboseala şi uşoară şi neconstantă cefalalgie. Medicul unităţii a încercat fără însă să răuşească, să-i oprească hemoragia, prin tamponări cu diverse substanţe, injecţii de Calciu, Ergotină, cauterizări, gargarisme, etc., ceiace l'a făcut să vie la Tulcea dela Sulina spre a se arăta unui specialist.

Bolnavul este de o constitutie delicată, totuşi cu o înfăţişare de sănătate mulţumitoare. Din examenul corporal, nu se constată ceva deosebit, în afară de pete echimotice verzui de diferite mărimi pe flancuri, abdomen şi pe membre, mai pronunţate la plica coatelor.

Aceste pete bolnavul le explică, că s'ar fi produs prin loviri, deoarece la cele mai neînsemnate traumatisme îi apar. Nu a suferit decât de rugeolă în copilărie; neagă malaria. In antecedentele heredo-colaterale şi personale, nu sunt semne de hemofilie. Investigaţiile de laborator fiind foarte necesare, totuşi nu le putem face bolnavul fiind grăbit să se întoarcă la unitate. In critica situaţiei nevoit a interveni, având totuşi îndoiala de hemofilie, fac preventiv o injecţie de Ergotină, 20 cmc. ser antidifteric şi o injecţie de Gynoestryl 3 cmc. tratament preconizat de Kimm şi van Allen în hemofilie. La examenul gurei se găseşte o sângerare la nivelul gingiei restului radicular al dintelui d7. Tamponările locale nu sunt de folos, deoarece compresiunea nu se face bine. Sub anestezie cu Novocaină 2%, extrag resturile radiculare printr'o simplă manevră a elevatorului, iar în alveolă aplic un pansament compresiv iodoformat. Hemoragia pare că s'a oprit şi bolnavul pleacă la Rgt.

La 19.9.1941, deci după 4 zile, bolnavul apare din nou, deastădată foarte istovit. Ne declară că după extracţie, nu a mai avut pierderi de sânge, dar la 2 zile, s'a trezit din somn, sufocându-se de un val de sânge care îi inunda necontenit gura şi hemoragia nu a putut'o cu nimic opri, nici măcar atenua. In gură se vede peste arcada dentară inferioară dr. un chiag imens de sânge, foarte fragil, de sub care curge sânge proaspăt. Bolnavul menajează chiagul, căci ori de câte ori îl ridică hemoragia se pronunţă. Ridicând chiagul şi tamponând alveola d7, se constată o refacere normală a ţesuturilor şi sângerare neînsemnată, însă de sub molarul de minte alăturat, vestibular, proximal şi lingual, sângele ţâşneşte de sub gingie cu presiune.

Bănuind o ruptură vasculară, datorită unui traumatism neobservat de bolnav şi care s'a repetat prin extracţia făcută, recurge la extracţia dintelui de minte, iar în locul lui aplic un pansament cu iodoform şi un sul de tifon, recomandând bolnavului să muşte pentru a se face o bună compresiune. După 3 ore hemoragia deşi slab, dar persistă.

Deastădată, recurg la examenul sângelui, obţinând datele următoare:

R. W. — B., Meinicke şi Kahn — Negativ; Malaria — Negativ; Urina — Nimic pathologic; Colesterina totală în sânge 1gr. 95 la litru. Calciu — 4 gr. 80 la litru (Laudat). — Hemoglobina 65% (Talquist), Globule roşii — 2.800.000 pe mm. c., Valoarea Globulară — 0.9; Globule albe — 9.700 pe mmc. Formula leucocitară:

Polinucleare neutrofile	78%
Mononucleare	6%
Limfocite	16%

Timpul de coagulare (Achard Aynaud) — 14', de sângerare — 27', Trombocite 24.300 pe mm. c.; Chiagul uşor retractil, sfărâmicios

Am făcut bolnavului o injecţie de 10 cmc. lapte intramuscular în prima zi şi alţi 10 cmc. a doua zi, constatând totodată că hemoragia nu a încetat complect. La 16 zile, pacientul ne-a declarat că nu a mai avut din a treia zi nici nu fel de sângerare nici chiar după ce a scos pansamentul. In locul extracţei ţesuturile se refac normal. Numărul trombocitelor în a 16-a zi este de 190.000 pe mmc.

OBSERVAŢIA II-a. — Al doilea caz

dar care nu a putut fi complect observat, este al soldatului Z. V.. In ziua de 12.III.1942 cu ocazia lucrărilor de determinarea grupului sanguin la soldaţi, soldatul Z. V., de 44 ani, a 2-a zi după ce i-s'a luat sângele, la locul unde a fost înţepat cu acul Francke, s'a prezentat alarmat, că la pulpa degetului i-a apărut în jurul înţepăturei o pată echimotică de un cm. în diametru. Declară că acest fenomen l'a observat şi în alte împrejurări, iar că sângerarea gingiilor la el este ceva cu care s'a obisnuit, de cât că unele ori sângerează prea mult. Ca demonstraţie, apasă cu unghia pe gingie şi provoacă o adevărată hemoragie, care cu greu a putut fi oprită prin cauterizare cu acid tricloracetic concentrat. Semnul stazei şi al ventuzei pozitiv. Înţeparea la deget face din nou puseul hemoragic. Trombocite 16.000 pe mmc., Timpul de sângerare 25, de coagulare 21', Globule albe 11.200 pe mmc.. Hemoglobină 85%, Globulele albe au formula: Polin. neutrofile 72% mononuclearele mari 7%, Limfocite 21%.

Refuză tratamentele; neagă hemofilia şi declară că în curând se desconcentrează, când va intra în căutarea unei babe din sat, care îl caută de multă vreme cu buruiene, şi-i opreşte sângerările.

Având în vedere antecedentele heredo-colaterale şi personale, datele clinice, anatomo-pathologice şi de laborator, în cazurile expuse se exclude hemofilia sau o altă perturbaţie, rămânând la diagnosticul de trombopenie esenţială, cu simptomul mai pronunţat gingivoragiile.

Tratamentele aplicate de diferiţi autori în trombopenie, ca: transfuzia de sânge, injecţii în vână de trombocite, iradiaţia splinei propusă de Weil şi Stephan, splenectomia preconizată de Kaznelson, ligatura arterei splenice practicată de Stubenrauch, dau rezultate bune, dar sunt tratamente greu de aplicat şi deci nepractice.

In primul caz expus mai sus, dacă numărul de trombocite după 16 zile a ajuns cifra aproape normală, iar simptomul locul hemoragic a dispărut după 3 zile, explicaţia nu poate fi alta, decât efectul proteinoterapiei, în speţă injecţiile de lapte, tratament experimentat de Gram şi de către Franck cu rezultate satisfăcătoare.

Gingivoragiile de natură trombopenică, numai prin tratamentul chirurgical local şi medicamentos, nu pot fi, dar, mulţumitor combătute fără să fie aplicat un tratament general, ca proteinoterapia, mijloacele terapeutice antihemoragice obişnuite fiind ineficace. Investigaţiile de laborator, clinic prezenţa semnelor stazei, ventuzei şi înţepăturei, sunt elementele de diagnostic, după care se dirijează tratamentul.

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Vizitele D-lui Ministru al sănătăţii şi a Membrilor Consiliului sanitar la instituţiile medicale din judeţele R. Sărat, Bacău şi Neamţ

In zilele de 19—23 Septembrie a. c. d-l prof. dr. P. Tomescu, Ministrul Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, împreună cu d-nii prof. dr. I. Iacobovici, prof. dr. V. Ciocâlteu, membrii ai Consiliului Sanitar Superior şi prof. dr. Lalu, au vizitat instituţiile sanitare şi de ocrotire din judeţele: R. Sărat, Bacău şi Neamţ, făcând următoarele constatări:

JUD. R. SĂRAT

A fost vizitat Spitalul de Stat din R. Sărat care a fost mult îmbunătăţit şi este organizat în condiţiuni mulţumitoare. Baia populară de pe lângă acest spital construită în anul 1941—1942 va fi pusă în funcţiune în scurt timp.

D-l Ministru a felicitat pe d-l Prefect al judeţului pentru activitatea ce o depune în domeniul sănătăţii publice, organizând la primăria fiecărei comune o cameră peentru consultaţii medicale, înzestrată cu mobilier construit de Prefectura Judeţului.

JUD. BACAU

Spitalul de Stat Bacău a fost îmbunătăţit prin lucrările efectuate în ultimul timp şi s'au dat îndrumări pentru ca serviciul de consultaţiuni să funcţioneze cu un randament mai mare.

La Bacău Serviciul Sanitar al judeţului, Serviciul Sanitar al oraşului şi laboratorul de igienă se vor instala într'un singur local.

S'a vizitat apoi fabrica «Letea», care are un dispensar bine organizat pentru asistenta medicală a lucrătorilor.

La Buhuşi, institutiunile de asistenţă medicală şi de ocrotire create pentru muncitori, de Societatea pentru industria textilă din localitate, sunt bine organizate şi funcţionează cu rezultate foarte frumoase.

S'au înfiinţat pentru muncitorii acestei fabrici: un cămin de zi, un serviciu de radiologie, o infirmerie, un laborator şi o casă de odihnă la Tazlău. Această din urmă instituţie este una din cele mai moderne din ţară şi poate primi 80 de muncitori cari beneficiază de întreţinere completă.

Au fost inspectate apoi dispensarele medicale ale circumscripţiilor sanitare din comunele: Gârleni, Buhuşi, Onesti, Căiuţi şi Tg. Ocna.

Spitalul mixt din Tg. Ocna şi Valea Rea asigură asistenta medicală a locuitorilor din aceste regiuni.

JUD. NEAMŢ

La Piatra Neamţ a fost vizitat Spitalul de Stat din localitate, dându-se instrucţiuni pentru organizarea unei farmacii moderne de spital şi a şcoalei de surori infirmiere.

Ambulatorul Policlinic va funcţiona la Spitalul de Stat din P. Neamţ în strânsă legătură cu serviciile de specialitate.

Sanatoriul Bisericani de lângă P. Neamţ care are o capacitate de 500 paturi şi numai 350 bolnavi va îngriji în viitor un număr mai mare de bolnavi tuberculoşi.

Au fost inspectate apoi dispensarele medicale din comunele: Budeşti-Precista, Bălţăteşti, Călugăreni, Borca, Bicaz şi Tazlău.

Cu acest prilej s'a constatat activitatea rodnică depusă în mediul rural de către studenţii în medicină din ultimii ani de studii repartizaţi în circumscripţiile sanitare în cadrul stagiului obligator de vară.

In comuna Mâdei din acest judeţ a fost găsită în plină activitate echipa sanitară din plasa model Muntele, care efectua depistarea tuberculozei şi a celorlalte boli sociale în comunele din această regiune, făcând examene radiologice cu aparatul mobil ce avea la dispoziţie şi recoltând sânge pentru analiză.

Au fost vizitate apoi: Spitalul din Roznov, bine organizat şi înzestrat, Spitalul Hangu care este bine amenajat şi unde se execută actualmente unele lucrări de înzestrare şi Spitalul Broşteni.

D. Ministru şi membri Consiliului Sanitar au constatat că starea sanitară este bună în aceste judeţe şi că la spitale şi în circumscripţiile rurale se desfăşoară o activitate foarte intensă.

Concursul pentru medici igenişti de plasă şi centre de sănătate

Concursurile pentru medicii igenişti de plasă şi de centre de sănătate se vor ţine în luna Noembrie sau Mai, sau oridecâteori nevoia va cere la unul din centrele universitare desemnate de ministru, pentru toate posturile vacante.

Data şi locul concursului se stabileşte de ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi se publică în Monitoru Oficial şi în ziare cu cel puţin 10 zile libere înainte de ziua fixată pentru începerea lor.

Inscrierile la concurs se fac de ministerul Muncii. Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale, prin direcţia personalului.

Candidaţii care cer înscrierea lor la concursuri, trebue să înainteze ministerului direcţia personalului cererile lor însoţite de acte cu cel puţin 10 zile libere înainte de ziua fixată.

PELLACOTIN

„Dr. RADU"

Vitamina P. P. (Acid Nicotinic)

specific în:

Pelagră, gastrite hipoacide, achilii gastrice, seboree, acnee, insuficiențe hepatice, intoxicațiuni diverse, porfirinurii.

Ambalaj:

Injecții: Pellacotin fiole a 5 cc (soluție 3%) cutii cu 5, 15 și 50 fiole

Oral: Tuburi cu 20 tabl. a 0,10 **ACID NICOTINIC** Dr. Radu

Dr. Alex. RADU, București 3 Str. Sofia 14

Sanatoriul St. Blasien

altitudine 800 m.

Prospecte ilustrate gratuite

Condițiuni climaterice favorabile. Climat curativ special.

Stabilimentul particular cel mai înalt situat din Germania pentru

Bolnavi de plămâni

Intr'o poziție privilegiată în regiunea sudică a pădurii Schwarzwald

Costul tratamentului:
în camere pentru două persoane dela RM 9.—
în camere pentru o persoană dela RM 11.—

Medic Șef: **Profesor Dr. A. Bacmeister.**
Medic Conducător: **Dr. A. Emmler,** Chirurg.

Sanatoriul St. Blasien
Südl. Bad. Hochschwarzwald
Bahnstation Seebrugg (Deutschland)

NOTIȚE TERAPEUTICE

Dolantin pentru combaterea durerii în medicina internă

Dr. K. F. Vogt

[] Clinica medicală, Marburg. Referent după Med. Klin., 1940, No. 28

In afecțiunile interne, pentru înlăturarea durerilor moderate, sunt necesare cam 6 tablete (=150 mgr) de Dolantin; efectul manifestă după 20—40 minute. Dacă nu se produce nici un efect, continuarea administrării pe cale bucală este un nonsens; este mai bine să se dea 50 mgr (sau 100 mgr) de Dolatin subcutan sau intramuscular; efectul este evident după 5—15 minute. Cu administrarea intravenoasă lentă, în care este preferabil să se diluieze Dolantin în 10 cmc de dextroză 10% sau într'o soluție de ClNa 0'9%, dispar chiar și cele mai mari dureri. In cazul unor dureri de intensitate mijlocie este indicată administrarea supozitoarelor cu Dolantin, de câte 100 mg, cari lucrează apoi după 20—40 de minute. Cu toate modurile de administrare, dispariția durerilor durează 3—4 ore, rareori mai puțin, deseori mai mult. Eșecuri complete nu prea au fost observate în cele 100 de cazuri la cari a fost administrat. Mai cu seamă în afecțiunile aparatului digestiv (ulcer gastrite grave), doza de 6 tablete sau de 3 ori câte un supozitor a avut o acțiune remarcabilă, de multe ori mai bună ca atropia, ale cărei efecte asupra salivației, pe care o inhibează și asupra acomodației, pe care o turbură, lipsesc Dolantin-ului. Dozele menționate sunt de obiceiu suficiente și în colecistitele cronice (fără calculi), în colite, peritonite tuberculoase. In litiaza biliară și în colecistitele acute, este preferabil să se administreze de 3—4 ori pe zi câte o fiolă de Dolantin, de asemenea în ileus și în cancerele gastrice, colecistice sau hepatice.

Și în litiaza renală se injectează Dolantin; dacă injecția se face intravenos, durerile cedează chiar din timpul injectării. In plecritele uscate, pneumonie și tuberculoză pulmonară injecția de Dolantin produce o ameliorare netă a turburărilor, fără ca tusa însăși să fie sensibil influențată. In poliartrite, polinevrite, nevralgii, tumori celebrale și medulare, tromboze ș. a. intensitatea durerii va decide asupra modului de administrare a Dolantin-ului, în timp ce în cefalee datorite răcelii, sinuzite, hipertonii și turburări vasomotorii tabletele de Dolantin sunt întotdeauna suficiente. Toleranța pentru Dolantin a fost bună; numai de 2 ori s'a produs un placard urticarian la locul injectiunei. Uneori a apărut o oarecare senzație de oboseală, amețeală, somnolență, ca după o beție ușoară cu alcool, și atunci, numai după ce se depășise administrarea a 50 mgr (de cele mai multe ori parenteral). Transpirație difuză, palpitații, grețuri și vărsături nu au fost întâlnite decât la foarte puțini bolnavi.

Contribuțiuni la administrarea terapeutică a Dolantin-ului

H. Jessen

Spitalul S. Iosif, Aarhus, Dtsch. med. Wschr. 1940, No. 50, pag. 1938

J. a comparat timp de un an morfina cu Dolantin, la bolnavi ale căror dureri erau de intensitate aproape constantă. După spusele bolnavilor, cari nu știau ce li se administrase, efectul analgetic al ambelor medicamente poate fi considerat egal, dacă se injectează s. c. sau i. m. 50 mgr de Dolantin sau 10 mgr de morfină. Acțiunea administrării pe cale bucală este ceva mai slabă. De multe ori au putut fi înlăturate cu 2 tablete dureri cari persistau de ani de zile, ca în neurodermatoza vulvei; uneori a fost nevoie să se administreze 3—4 tablete. Contrar morfinei, Dolantin are o acțiune sedativă mai puternică, pe când aceasta este în special somniferă. Morfina produce adesea vomismente, lucru care poate fi mai ales penibil în neurologie (de exemplu în encefalografii, vărsăturile putând goni aerul din sistemul ventricular). Dolantin în schimb nu produce vărsături, pentru care motiv J. a administrat acul analgezic și înaintea encefalografiilor. J. procedează în felul următor: Cu 1 oră înainte de insuflația aerului administrează 1 mgr de atropină, apoi 2cmc Dolantin după ¾ de oră. In encefalografii făcute în felul acesta (40) nu s'au produs decât o singură dată vomismente în timpul insuflației, de 4 ori la scurt timp după aceasta, în timpul sau în urma efectuării radiografiei; odată a apărut o ușoară senzație de sufocație. Rezultatele mult mai proaste după morfină reies din următoarea paralelă:

	vărsături după dolantin	vărsături după morfină
înainte de insuflație	0	2
în timpul insuflației	1	10
în camera de radiografie	4	8
în total	5	20

Un bolnav cu idiosincrazie pentru morfină a suportat Dolantinul fără nicio turburare. Și în cazurile de hipertensiune intracraniană Dolantin a putut înlătura cu succes durerile, ameliorând tendința la vomismente. Și un altul din fenomenele secundare ale morfinei lipsește Dolantin-ului anume constipația. Constipații apărute sub acțiunea morfinei au dispărut prin trecerea la Dolantin.

Auto-observațiuni după întrebuințarea Dolantin-ului

H. Ranzenhofer

Wien. med. Wschr. 1940 No. 51, pag. 988

In Februarie 1940 R. a făcut o otită medie stângă. După câteva zile a apărut și o pneumonie dreaptă gravă. Tusea foarte puternică apărută în acelaș timp era extrem de dureroasă, având în vedere otita existentă. Medicamentele luate pentru a calma tusea, printre cari și codeină, au rămas fără nici un efect. Injecțiile cu Dolatin au înlăturat tusea aproape instantaneu. Ulterior a survenit o pleurezie, care mai târziu s'a transformat în empiem. Durerile foarte acute, datorite mai ales pleuritei diafragmatice, uneori sfâșietoare, au fost regulat suprimate cu ajutorul Dolantin-ului. Febra foarte ridicată, până la 40°, nu poate fi combătută de cât foarte dificil cu antipiretice, deoarece R. avea imediat transpirații profuze. După administrarea Dolantin-ului, temperatura a scăzut cu 0,5°—1°. Din această cauză și din cauza durerilor continue, foarte intense, R. a ajuns la o cantitate de 10 fiole de Dolantin pe zi. Singurul efect secundar a fost o ușoară tachicardie. In timpul bolii sale care a durat 6 luni, cu 2 costotomii în dreapta, abces intrafesier metastatic în stânga, necrită a brațului drept, tromboflebită a brațului stâng, se înțelege dela sine că R. a avut de suferit dureri foarte mari. Niciodată Dolantin nu a dat greș. Numai în cazul unor dureri extrem de mari s'a întâmplat câteodată ca injecția i. m. să nu aibă o acțiune completă. In aceste cazuri, injecția i. v. era urmată întotdeauna încă din timpul administrării de succes prompt. Faptul că R. a ajuns la cantitățile ridicate menționate mai sus nu trebue să ducă, după indicațiunile lui R., la concluziunea că s'ar fi produs o acutumanță care ar fi impus o creștere a dozei. In total, în cursul afecțiunei sale de lungă durată R. a întrebuințat cam 1000 până la 1200 de fiole de Dolantin. Deoarece nu a survenit nicio toxicomanie ca urmare, R. refuză să admită că Dolantin produce o asemenea manie. R. a putut suprima brusc medicamentul, fără să constate câtuși de puțin fenomene de carență. Nici pe vremea când lua dozele mari, R. nu a observat niciodată turburări de niciun fel. In concluzie, R. nu poate decât să spună, că Dolantin este un remediu cu o acțiune excelentă, la care după a mia administrare efectul se manifestă cu aceeași promptitudine ca la cea dintâiu. Nici în tratamentul pacienți-dintâiu.

fabrica de produse chimice
gedeon richter
str. Logofătul Tăut No 99,
Telefon 5.69.03

Pentru combaterea gripei și a răcelii

ACITOPHOSAN

2–3 Tablete pe zi

Preparat sulfamidat

AMBESID

TABLETE

Conținând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tabletă.

Indicat în stările de infecțiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi, gonococi și colibacili.

In anemii și reconvalescență

PERHEPAR

TABLETE ȘI INJ.

Extract concentrat de ficat

NOUA FORMĂ IN
GRANULE

Debilitate - Caşexie - Creşteri întârziate - Decalcificări.

Convalescenţe cu semne de insuficienţă sau turburări evidente ale glandelor paratiroide sau hipofiza.

CALCIGÉNOL
GRANULE

FORMULA:

FOSFAT DE CALCIU MICELAR,
HIPOFIZA, PARATIROIDA.

GRANULE: 2-3 linguriţe de cafea pe zi.—

LABORATORUL DOCTOR PINARD — PARIS

Eşantioane şi literaturi:
Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R. 103 Str. Toamnei, Bucureşti III. Tel. 221/38

«EMINESCU» INSTITUT DE ARTE GRAFICE, STRADA ING. ANGHEL SALIGNY No. 2 BUCUREŞTI

Anul XX No. 20 — 15 Lei Exemplarul — 15 Octombrie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

REVISTĂ ŞTIINŢIFICĂ ŞI DE PRACTICĂ MEDICALĂ
APARE LA 1 ŞI 15 ALE FIECĂREI LUNI

BIBLIOTECA CENTRALĂ ASOCIAŢIUNII SIBIU

DIRECTOR:
Profesor Dr. P. TOMESCU

REDACŢIA ŞI ADMINISTRAŢIA:
Str. Olari 15, Bucureşti IV

Proprietar: Prof. Dr. P. Tomescu
Inscris sub No. 441/938 Trib. Ilfov

COMITETUL DE REDACŢIE:
D-rii: Băltăceanu G., Bădescu Al., C. Bibicescu, Buzoianu Gh., Ciocâlteu V., Claudian I., Cociaş E., Constantinescu I., Constantinescu Sebastian, Cosmulescu I., Crăciun E., Crăiniceanu Alex., Dimitriu V., Dimolescu A., Drăgănescu St., Făgărăşanu I., Florian I., Firică T., Georgescu Marius, Gotcu Paul, Ionescu D., Ionescu M., Jovin I., Lăzeanu E., Marian I., Marinescu Gh., Nasta Marius, Niculescu T. Ion, Olinescu R., Paşcanu O., Pavel I., Popescu Şt., Saragea T., Sava V., Săvulescu D., Simici D., Teodorescu Dan, Trifu V., Topa P., Ţeţu I., Tovaru S., Vasilescu C., Vasiliu Th.

PREŢUL ABONAMENTULUI ANUAL
Pentru medici: 300 Lei
Pentru studenţi: 100 Lei

Anunţurile se primesc la Administraţia revistei.

Birourile sunt deschise între orele 3-5 după amiază Str. Olari 15, Bucureşti, IV Telefon 239 43

SUMARUL:

Pagina

ARTICOLE ŞTIINŢIFICE

Prof. Dr. I. IACOBOVICI şi Dr. D. VEREANU: *Reflexiuni asupra tratamentului tuberculozelor oro-articulare* 261

Dr. BORZA ST. ZENO, Dr. MIRCIOIU CRIŞAN şi Dr. ILIAN VIRGIL *Cercetări asupra tiroidiei endemice în mediul şcolar primar al oraşului Sibiu* 263

Dr. MARIA ALEXIU şi Dr. OLGA CĂNŢOIU: *Patogenia şi tratamentul turburărilor de sarcină provocate prin insuficienţa suprarenalelor* 265

Pagina

C. ANDREOIU: *Escare sacrate masive după rahianestezie* 267

Dr. VASILE MOŞOIU: *Analiza obstetricală cu «Dolantin»* 269

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Domnul Mareşal Antonescu a vizitat Spitalul Z. 352; Noui decani ai facultăţilor de medicină din ţară; Ocuparea posturilor de medici şcolari; Deschiderea cursurilor la şcoalele de învăţământ sanitar; Concursul de externat şi internat în medicină; Noile instrucţiuni cu privire la încorporarea studenţilor în medicină; Regulamentul pentru ocuparea posturilor de medici la Ministerul Sănătăţei; Numărul studenţilor în anul I al celor 3 facultăţi de medicină din ţară; 271

Pagina

BIBLIOGRAFII

Die Malaria-Uberträger. Eine Zusammenstellung der wichtigen Anopheles-Arten mit Angaben über Verbreitung Brutgewohnheiten, Lebensweise und praktische Bedeutung. von Dr. Fritz Weyer, wissenschaftl. Assiste am Tropen-institut Hamburg. Mit Geleitworten von Prof. Dr. *P. Mühlens* und Prof. Dr. *E. Martini*. Reprezentant pentru România Librăria Medicală *H. Welther*, Sibiu, str. Regina Maria, No. 28. 1 volum 142 pag. şi 15 figuri. *Georg Thieme, Verlag*, Leipzig RM. 9,80 (legat).

KRESIVAL

Expectorantul ideal în toate afecţiunile acute şi cronice ale organelor respiratorii

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Eşantioane şi literatură prin reprezentanţa generală pentru România: «ROMIGEFA» S. A. R., Bucureşti I. Str. Brezoianu 53 Tel. 3.92.86.

LEUKOTROPIN

Antiflogistic
Analgetic
Antipiretic

mai ales indicat în toate

sindromele reumatismale
artrite acute
inflamații ale mucoaselor

Forme de prezentare:

intravenos:
Cutii cu 2 fiole de 10 cmc.
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

intramuscular:
Cutii cu 5 fiole de 10 cmc.

ATMOS-GESELLSCHAFT FRITZSCHING & CO.
(vorm. Silten-Gesellschaft)
MANNHEIM-WALDHOF
Reprezentant pentru România:
Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.

rmătoarele domenii de întrebuin-
medicul are la dispoziția sa în

millen-Spuman

(Spuman cum Chamomilla)

erapeutic de un efect curativ,
unțat intens și rapid.

CA TERAPEUTIC VAGINAL ÎNSĂȘI

In tratamentul leucoreei hotărât constituționale, la vulvovaginită, eroziuni ale colului, ragade pe vulvă și vagin, colpită senilă.

PENTRU A FAVORIZA VINDECAREA LA ORICE TERAPIE VAGINALĂ MEDICAMENTOASĂ, PRECUM ȘI PENTRU TRATAMENTUL INTERMEDIAR ȘI FINAL

3 CA DESODORANT VAGINAL

In deosebi la leucoree carcinomatoasă, la lochii fetide în lehuzie.

INTREBUINȚARE

In general se va introduce la 2 zile 1 bujiu, numai în cazuri rebele zilnic un bujiu.

Modul de întrebuințare, simplu și curat ale bujiurilor de Spuman, dă medicului garanția că prescrierile sale vor fi urmate de pacientă întocmai și cu plăcere.

DEPOZIT PERMANENT AL PRODUSELOR LUITPOLD-WERK:
„DROGUERIA STANDARD" S. A. R.
STR. SF. IONICĂ, 8 — BUCUREȘTI, I

*Pentru hormonoterapie cu substanțe active proprii corpului**

PROGYNON
pentru tratamentul insuficienței ovariene (și al cazurilor grave)

PROLUTON
pentru tratamentul hemoragiilor genitale și al avortului repetat

TESTOVIRON
pentru terapia insuficienței sexuale masculine

* Organizmul nostru este adaptat acestor corpuri, al căror metabolizm intermediar nu necesită noui funcțiuni. Deci tratamentul cu substanțe proprii corpului, dozate rațional, are multe avantaje, motiv suficient pentru a prefera pe cât posibil aceste substanțe, dacă putem obține cu ele acelaș rezultat ca și cu medicamente străine corpului. — Klin. Wschr. 1938, N. 19, S. 655

Literatură detailată și îndrumări referitor la dozaj stau la dispoziție

CODERE Str. Clemenceau, 6

Schering

Combaterea elementului inflamator pulmonar prin:

NEOPULMIN

prezentat sub forma de soluție apoasă, aplicându-se pe calea intramusculară sau subcutană, complet indolor.

Indicat în: Pneumonie, Bronco-pneumonie, Congestie pulmonară, Bronchite acute și cronice, Tuberculoza pulmonară.

Una fiolă intramusc. sau subcutan în fiecare zi sau la două zile.

Gynecologie, Obstetrică, Dermatologie

Pudra solubilă

GYNEVAL

pe bază de:
Tetraborat de Sodiu
Acid orthoxibenzoic
Saponină pură
Uleiuri antiseptice și dezodorante.

Gynecologie: Metrite, Leucoree, Salpingo ovarite, Vaginite, Prurit vulvar, Ulcerații, Higiena zilnică.

Un pachet dizolvat în 2 l. apă
Dermatologie: Herpes, Eczeme, etc. un pachet la 1|2 l. apă caldă.

Mostre și literatură Laboratorul «I F A R»

Str. Prof. Dr. M. Georgescu, 24 — București IV — Telefon 5.67.48

Anul XX No. 20 15 Lei Exemplarul 15 Octombrie 1942

ROMÂNIA MEDICALĂ

Reflexiuni asupra tratamentului tuberculozelor osteo-articulare

de Prof. Dr. I. IACOBOVICI și Dr. D. VEREANU

Tuberculoza osteo-articulară reprezintă la noi o problemă de-o importanță socială, tot așa de mare ca și cea pulmonară. Faptul că manifestările tuberculozei osoase sunt mai frecvente la copii, problema apare și mai complexă aci. Pe când la adulți, în cazurile de tuberculoză pulmonară este vorba de vindecare și redarea societății, la copil vindecarea trebue asociată cu educația, deci cu posibilitatea unei existențe normale pentru mai târziu.

Frecvența acestei maladii este departe de a o atinge pe aceia a tuberculozei pulmonare, dar totuși rămâne mare. Intr'adevăr, pe o statistică făcută de către d-ra dr. Florența Dumitriu la Spitalul de Copii din București, între bolnavii examinați la serviciul de consultații chirurgicale, 3358 (peste 20.93 la sută) prezentau o tuberculoză osteo-articulară. Raportul 1/5 este impresionant și dă de gândit. Ce s'a putut face pentru acești bolnavi? Care a fost procentul de vindecări? Pentru toți cei cari s'au ocupat de această problemă reese insuficiența posibilităților de tratament. Constatarea aceasta credem că este valabilă și pentru celelalte spitale și policlinici din țară. Această stare de fapt este datorită următorilor trei factori.

1. Tuberculoza osteo-articulară este o maladie de durată.

Cu toate progresele terapeutice medico-chirurgicale din ultima vreme, evoluția tuberculozei osoase își urmează ciclul obișnuit.

Progresul s'a obținut doar în privința condițiilor de vindecare; acestea sunt mai bune astăzi, iar complicațiile mai reduse. Atâta tot. **Maladia durează totuși.**

2. O găsim frequent în straturile sărace ale populației, cu posibilități de îngrijire prin resurse proprii extrem de reduse; nule în majoritatea cazurilor.

Cercetarea fișelor serviciului de asistență socială dela Spitalul de Copii este exemplificatorie: în majoritatea cazurilor sunt copii mulți, îngrămădiți 6—8 suflete într'o singură cameră insalubră. Alimentația mai mult decât insuficientă. Posibilități de îngrijire cu plată, aproape inexistente. Cu toate reducerile făcute de Eforie, darata maladiei și costul tratamentului fac ca bolnavul să devie pentru familie o sarcină greu de suportat. Nu-i de mirare atunci că tratamentul nu poate fi urmat, în majoritatea cazurilor, decât incomplet.

3. Un tratament corect, cu rezultate pozitive, nu se poate aplica decât în sanatorii speciale bine utilate și deosebit plasate.

Nu trebue să se uite că bolnavul cu tuberculoză osteo-articulară este un tuberculos înainte de toate. Pe lângă tratamentul leziunei osteo-articulare, tratamentul general (bio-climato-dietetic) capătă o importanță capitală. La acest tratament general pe care noi îl punem pe primul plan, trebueste asociat un tratament ortopedic sau chirurgical, lucru ce nu se poate face decât în spitale sau sanatorii bine instalate, așezate la mare, la munte sau chiar la șes. In această categorie intră în prezent numai sanatoriul C. T. C., cu un număr insuficient de paturi față de mulțimea crescândă a solicitanților.

* * *

In privința aspectului social al problemei, este demnă de remarcat constatarea făcută la Spitalul Maritim din Berck, spitalul unde erau trimiși bolnavii osteo-articulari din Paris. De îndată ce municipalitatea Parisului a construit locuințe higienice pentru muncitori, înlocuind astfel clădirile insalubre periferice, numărul cazurilor de tuberculoză osoasă s'a rărit simțitor la Berck.

Locuința salubră pentru omul sărac rezolvă parțial problema, fiindcă mai intervine un alt factor: subnutriția. Locuința salubră și nutriție corectă, ar însemna reducerea unui factor etiologic de primă importanță în tuberculoza osoasă: mizeria fiziologică.

Ce s'a putut realiza în București și în general credem, în toate spitalele din țară?

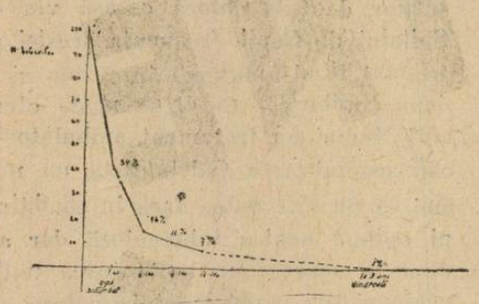
In Capitală, marea majoritate a cazurilor de tuberculoză osoasă vin la Spitalul de Copii, frequența acestei afecțiuni fiind maximă în prima și a doua copilărie. Ce li se poate oferi aci? Numai un tratament ambulatoriu căci ospitalizarea îndelungată nu numai că nu s'ar putea face în condițiuni optime pentru tuberculoză dar ar duce în scurt timp la blocarea puținelor paturi rezervate tuberculozei osoase (înainte de războiul actual circa 40 de paturi).

Bolnavii sunt primiți în serviciu când vin prima dată, pentru o mai completă examinare clinică și radiologică, iar în multe cazuri rămân ospitalizați circa 25—30 de zile, pentru a se putea reduce atitudinile vicioase, puncționa abcesele și eventual aplica un tratament operator. Sunt apoi imobilizați în aparate gipsate și trimiși acasă pentru o perioadă de 3 luni, după care timp trebue să revie la spital pentru a li se schimba gipsul și a li se face controlul radiologic al leziunilor osoase. Bolnavilor, cari părăsesc serviciul, li se dă o fișă unde sunt trecute datele clinice, indicațiile de tratament general și data când trebue să revie la spital. Dacă pentru început lucrurile merg bine, continuarea acestui tratament se face foarte greu, Iată câteva date edificatori din statistica făcută în serviciu de către D-ra Dr. Florența Dimitriu, pe o perioadă de 10 ani, pentru bolnavii suferind de coxalgie

La prima schimbare de gips, vin circa 39% din totalul bolnavilor cărora li s'a pus gips prima dată; la a doua schimbare vin 16%, la a treia 11% și proporția merge scăzând, încât la 3 ani — perioadă când bolnavul poate fi

considerat vindecat, — ajung doar 1% din bolnavii iniţiali! Reprezentarea grafică de mai jos arată o curbă brusc descendentă pentru primele două schimbări de aparate — ajungând aproape la 0 pentru cei vindecaţi!

Ce s'a întâmplat cu restul bolnavilor? O parte, mai ales cei cu posibilităţi materiale, s'au îndreptat către sanatoriile maritime şi au fost pierduţi pentru statistica serviciului nostru. Marea majoritate însă, au renunţat la tratament după primul sau al doilea aparat gipsat. Experienţa noastră ne permite să afirmăm că acelaş lucru se petrece şi pentru celelalte localizări ale tuberculozei osteo-articulare. Din această cauză, considerăm drept iluzoriu tratamentul ambulator aşa cum se practică astăzi, mai cu seamă că o imobilizare completă, eficace, rar poate fi păstrată la domiciliul bolnavului.



Cât nu vin la preschimbarea gipsului cu aparatul murdărit şi rupt din cauza mersului? Părinţii, oameni simpli şi nevoiaşi, nu pot urma prescripţiile date, iar din lipsa unui control la domiciliu, bolnavii chiar dacă îşi vindecă în mod spontan tuberculoza de care suferă, această vindecare se face ades cu atitudini vicioase care transformă copilul într'un infirm.

In sfârşit, dacă tratamentul ambulator merge oarecum pentru formele nefistulizate, atunci când survine fistulizarea, condiţiunile în care se pansează bolnavii, duc aproape 100% la infectarea abcesului, rinichi amiloid, caşexie, exitus.

Pentru aceste motive, socotim că un tratament corect al tuberculozei osteo-articulare nu poate fi făcut decât prin ospitalizarea bolnavilor în sanatorii maritime, de şes sau altitudine. Dacă trecem în revistă sanatoriile de specialitate, constatăm că în primul rând sanatoriul C. T. C. corespunde necesităţilor pentru care a fost creat. Funcţionează astăzi numai cu 160 paturi din 231, iar pe coloniile de vară cari măreau numărul paturilor până la aproximativ 380, nu se poate conta. Intre Eforie şi Constanţa, la Agigea, se găseşte adăpostit sanatoriul evacuat dela Bugaz, ce avea 120 paturi din cele 400 iniţiale. Dacă adăugăm cele 150 de locuri dela Mangalia, ajungem la un total de 430 paturi, număr insuficient pentru rezolvarea problemei care ne preocupă.

Pentru acest motiv, socotim necesar să fie utilizate şi sanatoriile de altitudine pentru aceşti bolnavi. Rezultatele excelente obţinute în străinătate arată că aceste sanatorii sunt tot atât de eficace ca şi cele maritime. Utilizarea lor se impune cu atât mai mult pentru bolnavii osteo-articulari, care prezintă şi leziuni pulmonare, uneori evolutive, cu baciloscopie pozitivă. Numărul acestor bolnavi pare mai ridicat la adulţi decât este citat în tratatele clasice. Prin examenul clinic, radiologic şi de laborator, am constatat la sanatoriul de chirurgie pulmonară şi osoasă din Bucureşti o proporţie de 17% bolnavi osteo-articulari cu leziuni pulmonare evolutive. Pentru aceşti bolnavi cărora marea nu le este permisă, situaţiunea este foarte grea; în serviciile spitaliceşti nu sunt primiţi, având bacili în spută; la mare nu se pot duce, iar la munte nu are cine să-i îngrijească.

Pe de altă parte, lăsarea lor acasă, neizolaţi, constitue un adevărat atentat la sănătatea familiilor lor. Numai sanatoriul de altitudine ar putea da soluţia bună a acestei probleme şi de aceia propunem ca Liga Naţională contra Tuberculozei să rezerve un număr de circa 80—100 paturi pentru tuberculoza osteo-articulară în sanatoriul dela Moroeni.

Inainte de 28 Iunie 1940, existau 781 paturi pentru tuberculoza osoasă. Astăzi sunt reduse la 430. Pentru tuberculoza pulmonară, numărul de paturi n'a scăzut (cca. 5000 paturi). Sacrificiul celor 100 paturi luate tuberculozei pulmonare nu ar apărea atunci prea mare. Aceasta bine înţeles, numai până când împrejurările vor permite construirea unui sanatoriu de altitudine rezervat tuberculozei osteo-articulare.

Infiinţarea unui sanatoriu de şes ar fi poate mai uşoară în împrejurările grele de astăzi, întrucât s'ar putea instala într'o clădire existentă care ar trebui doar amenajată. Făcut în preajma Bucureştilor, ar fi un loc uşor de evacuat bolnavi osteo-articulari operaţi în clinicile Capitalei, pentru care transportul şi ospitalizarea post-operatorie, constitue problema cea mai grea.

Menţionăm că la cucerirea Odessei, s'au constatat că pe lângă sanatoriile de specialitate, un număr impresionant de vile particulare de pe malul mării, fuseseră amenajate pentru a spitaliza astfel de bolnavi.

Chiar dacă s'ar ajunge astfel la numărul paturilor din 1940, adăugând şi pe acelea ale sanatoriului de altitudine şi câmpie, lipsa de paturi va rămâne totuşi problema de căpetenie. Din această cauză, deşi socotim tratamentul ambulator drept iluzoriu, va trebui să-l menţinem, ameliorându-l însă cât va fi cu putinţă.

Ca să dea rezultate, el trebue să fie o continuare a tratamentului spitalicesc la domiciliul bolnavului. Medicul de circumscripţie şi sora de ocrotire, medicul comunal la oraş trebue să supravegheze îndeplinirea instrucţiunilor date de medicul de specialitate şi consemnate în fişa medicală a fiecărui bolnav. Controlul imobilizării, respectarea condiţiilor higieno-dietetice şi retrimiterea la spital trimestrial în mod obişnuit, sau înainte de termen dacă survine vre'un accident în evoluţia maladiei sau a imobilizării (ruperea aparatului), vor trebui să constitue principala lor preocupare pentru aceşti bolnavi.

Vizita bilunară (cel puţin), să fie consemnată în fişe odată cu observaţiunile ce au de făcut. Prin mijloace de asistenţă locală, să se contribue la îmbunătăţirea hranei şi a condiţiilor higienice pe cât este posibil.

Instituţiunile spitaliceşti care îngrijesc astfel de bolnavi trebue să aibă la îndemână fişe tip, făcute şi distribuite de Ministerul Sănătăţii. Fiecare bolnav, odată identificat, va trebui să aibă completată o astfel de fişă personală pe care să fie trecute progresiv atât evoluţia maladiei cât şi mersul tratamentului.

O altă fişă identică trebueşte păstrată la instituţia spitalicească respectivă, confruntată şi complectată după fişa personală a bolnavului, la fiecare control trimestrial.

Prin aceste fişiere, datele vor trebui centralizate la un serviciu special organizat în acest scop, fie ataşat Ministerului Sănătăţii, fie legat de un serviciu de specialitate, astfel ca problema tuberculozei osteo-articulare să poată fi urmărită şi cunoscută în deaproape, iar soluţiunile cele mai bune pentru rezolvarea ei, să poată fi găsite cât mai lesne.

Prevenirea şi tratamentul infecţiilor streptococice

pe cale bucală

SEPTAZINE

(Benzil - amino - benzen - sulfamid)

PRODUS INCOLOR, INSIPID
MEDICAŢIE NETOXICĂ
BINE TOLERATĂ DE TUBUL DIGESTIV

Comprimate de 0,50 gr. (tuburi cu 20)
POSOLOGIE : 4 la 10 comprimate pro die

pe cale parenterală

SOLUSEPTAZINE

p.(γ fenilpropilamino) fenil sulfamid α-γ disulfonat de sodiu

SOLUŢIE APOASĂ, INCOLORĂ, NEUTRĂ
PERFECT TOLERATĂ DE ORGANISM
Solutie cu 6 % sare

fiole de 5 şi 10 cc. (cutii cu 5)
POSOLOGIE : 10 la 20 cc. pro die

INJECŢII INTRAMUSCULARE
INTRAVENOASE & SUBCUTANATE

TRATAMENTE ASOCIATE

pe cale bucală şi parenterală

ODETTE ZÉAU

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE
MARQUES POULENC FRÈRES & USINES DU RHONE
SPECIA
21, RUE JEAN GOUJON · PARIS (8e)

Prontosil

In toate infecțiunile streptococice.
Activ și în infecțiuni stafilococice
și colibacilare

Important în erisipel, angină, septicemie post partum, avort septic, artrite infecțioase cistite și pielite.

Admis și întrebuințat în serviciile Casei Asigurărilor Sociale din România

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

«ROMIGEFA» S. A. R. București, Str. Brezoianu Nr. 53

Cercetări asupra tiroidiei endemice în mediul şcolar primar al oraşului Sibiu

de Dr. BORZA ST. ZENO Dr. MIRCIOIU CRIŞAN Dr. ILIAN VIRGIL
Conferenţiar Universitar

Este de mult cunoscută endemia de tiroidie în regiunea Sibiului. Asupra acestei endemii s'a atras atenţiunea în repetate rânduri.

Astfel Dr. Liviu Câmpeanu în lucrarea sa «Problema guşei şi cretinismului în România» publicată în 1924, arată că judeţul Sibiu cade în zona endemică guşogenă a ţării care se întinde dealungul Carpaţilor Meridionali şi se coboară adânc şi în zona subcarpatică.

Mai recent D. Prof. Danielopolu a întreprins cercetări pe-o scară foarte întinsă în legătură cu endemia de guşă din România. D-sa elaborând un program unitar de cercetări, a urmărit în mod amănunţit şi starea de lucruri din regiunea Sibiului.

Rezultatele anchetelor au fost publicate în Buletinul Academiei de Medicină din 1937 prin note succesive de către D. Prof. Danielopolu şi colaboratorii Dr. I. Stoichiţă, Dr. Vraciu, Dr. N. Rădulescu, D. Nicolae şi I. Tilicea.

Deasemenea s'a întreprins o anchetă în mediul şcolar al judeţului Sibiu al cărui rezultat a fost publicat în acelaş Buletin de Prof. Danielopolu în colaborare cu Dr. Stoichiţia şi I. Cosma.

Prin refugiul Universităţii clujene la Sibiu şi prin reorganizarea Corpului Medical al judeţului Sibiu, Domnul Prof. Dr. Iuliu Haţieganu, rectorul Universităţii clujene, refugiată temporar la Sibiu şi preşedinte al Colegiului Medical, s'a gândit la studierea anumitor probleme interesând starea sanitară a populaţiei ospitaliere.

Aceste probleme urmează să fie studiate în cadrul «Colegiului Medical» cu colaborarea elementelor Universităţii clujene.

Dintre acestea face parte ca o problemă de primul ordin şi **endemia de guşe** din Sibiu, sub diferitele ei aspecte şi în medii sociale diferite.

Am fost încredinţaţi din partea D-sale cu studiul problemei **tiroidiei în mediul şcolar al oraşului Sibiu,** aducând prin aceasta o complectare a anchetelor anterioare făcute în acest sens în regiunea Sibiului.

La ducerea la bun sfârşit a acestei anchete a contribuit foarte mult D. Dr. Ion Sturza prim-medicul oraşului Sibiu, care prin indicaţiunile şi prin sprijinul dat ne-a uşurat foarte mult îndeplinirea acestei sarcini.

Ancheta întreprinsă de noi s'a făcut în oraşul Sibiu, în mediul şcolar primar, sub formă de **anchetă individuală,** examinând toţi copiii, atât cei sănătoşi cât şi cei atinşi de-o afecţiune tiroidiană.

Copiii găsiţi cu această ocazie prezintând vre-o modificare a glandei tiroide sau prezintând semne clinice în legătură cu vre-o tulburare a funcţiunii acestei glande, au fost înregistraţi, făcându-li-se o mică «observaţie personală».

In această observaţie a fost cuprinsă: descrierea detailată a tiroidei cu măsurătorile respective, starea de desvoltare fizică şi intelectuală, iar în anumite cazuri unde găseam necesar, examenul general şi diferite examinări de laborator au complectat observaţia.

In afară de aceasta am întreprins în legătură cu fiecare caz în parte, o anchetă socială, urmărind, starea materială, prezenţa de tiroidă în mediul familiar, condiţiunile de alimentaţie şi mai ales sursa de alimentaţie cu apă.

Ancheta noastră condusă în acest fel, a ţinut să fie în liniile anchetelor întreprinse de D. Prof. Danielopolu şi colaboratorii D-sale, ţinând cont atât de terminologia cât şi de clasificaţiunea tiroidiilor adaptată de D-sa, având ca bază fizio-patologia glandei tiroide.

Astfel fiind condusă, credem că ea va putea fi utilizată pentru complectarea studiilor asupra endemiei şi tiroidiei sporadice din ţară.

Aruncând o privire generală asupra cazurilor de tiroidii constatate de noi, în imensa majoritate a cazurilor n'am găsit nici o modificare a tonusului neuro-vegetativ, aşa în cât cea mai mare parte a lor pot fi încadrate în grupa **normo-tiroidiilor.**

Hiper-tiroidia am întâlnit-o în 10 cazuri în fine am putut încadra în grupa **hipo-tiroidiei** şi afecţiunilor **para-guşoide.**

Este posibil ca proporţia afecţiunilor para-guşoide să fie mai mare decât acea pe care am constatat-o noi la copii între vârsta la care am întreprins ancheta, însă aceste cazuri de obicei nu le întâlnesc în mediu şcolar din cauza deficitului mental.

Populaţia oraşului Sibiu a numărat 52.000 locuitori înainte de cedarea Ardealului de Nord, iar după această cedare numărul locuitorilor s'a urcat cu 7.000, ajungând astfel la aproape 60.000.

In împrejurările actuale oraşul Sibiu are rolul unui centru de cultură al Ardealului dat fiindcă aici sunt concentrate, în afară de Universitate, foarte multe şcoli la cari elementul tânăr românesc îşi complectează educaţia.

Ancheta noastră s'a extins asupra unui număr total de 1644 elevi, dintre cari 846 băeţi, 798 fete.

Aceşti copii urmează cursurile la 8 şcoli diferite, construite în cea mai mare parte în timpul din urmă, sub dominaţia românească. Clădirile corespund ultimelor cerinţe ale higienei moderne fiind spaţioase, luminoase, bine încălzite, expuse la razele solare şi înconjurate de curţi spaţioase cu vegetaţie abundentă. Ele, — putem afirma, — pot constitui o mândrie a spiritului constructiv românesc.

Elevi cari frecventează şcolile locuesc în raza de vecinătate a şcolii cartierului respectiv. Ei aparţin celor mai variate clase sociale, având părinţi intelectuali sau proprietari bine situaţi materialiceşte, muncitori, sau aparţin clasei mizere.

Unele dintre aceste şcoli însă, sunt frecventate aproape exclusiv de copiii familiilor de elită. (Şcoala Nr. 1 de fete Regina Maria).

Astfel fiind situaţia şcolilor şi variaţia mare sub raport social a copiilor cari le frecventează, ne-a permis cu prilejul anchetei noastre să verificăm anumite teorii emise în legătură cu problema endemiilor de guşe, şi să facem alte constatări interesante pe care le vom relata în cele ce urmează.

Ceeace ne-a surprins imediat după începerea anchetei a fost numărul extraordinar de mare de reacţiuni tiroidiene constatat. Astfel din totalul de **1644 cazuri,** am constatat prezenţa tiroidiilor **la 463** elevi deci într'o proporţie de 28,15%.

Acest număr mare, la prima impresie, este cu totul frapant faţă de condiţiunile sociale şi igienice în care trăeşte populaţia într'un mediu urban. Numărul mare al tiroidiilor este deasemenea în neconcordanţă cu condiţiunile climatice ale oraşului Sibiu, după cum vom vedea mai de parte.

Cu toate acestea, este de necontestat, prezenţa unui factor tirogen în această regiune, cu atât mai mult cu cât după 8 luni dela refugiu din Ardealul de Nord — dată la care am întreprins noi ancheta — am constatat 26 cazuri de tiroidii la copiii refugiaţilor stabiliţi în Sibiu. Acest număr de tiroidii reprezintă o proporţie de 5,6% faţă de numărul (463) de tiroidii constatate. **Această frecvenţă ne permite să afirmăm în mod indiscutabil prezenţa unui factor determinant tirogen, atât în regiunea cât şi în oraşul Sibiu.**

*

Repartiţia statistică a tiroidiilor constatate la elevii şcoalelor primare româneşti din Sibiu:

Tiroidii	băieţi 237	
	fete 226	
Proporţia faţă de No. total al elevilor		14,41%
„ „ „ „ „ „		13,68%

Numărul tiroidiilor, **băeţi**, (237) raportat la No. total al băeţilor (846) arată că tiroidia să întâlneşte la băeţi în proporţie de 28,01%.

Numărul tiroidiilor, **fete**, raportat la numărul total al fetelor (798) arată o proporţie de 28,32%.

Această proporţie aproape egală la băeţi şi fete se explică prin faptul că ancheta s'a făcut la copii între vârsta de 7—15 ani. Proporţia mai mare a tiroidiilor constatate la femei în toate statisticele, se explică prin diferitele reacţiuni ale organismului femeii, în cursul vieţii, ca: pubertatea, epocele menstruale, sarcina etc. şi influenţa factorului tirogen asupra glandei tiroide în aceste momente fiziologice din viaţa ei. Aceste momente desigur n'au intervenit încă la fetele de vârsta acelora cari au fost examinate de noi în şcolile primare.

Numărul tiroidiilor, **băeţi**, raportat la numărul total al reacţiunilor tiroidiene este 51,14%.

La fete proporţia faţă de No. total al reacţiunilor tiroidiene este de 48,81%, ceace se explică prin faptul că numărul total al fetelor în şcolile primare este mai mic decât acela al băeţilor.

Clasificarea tiroidiilor

Dintre 463 tiroidii am găsit 446 **normo-tiroidii**, adică reacţiuni anatomice ale tiroidei, fără nici o modificare în sensul alteraţiunii funcţiunii glandei.

Hipertiroidia am întâlnit-o în 10 cazuri (2 cazuri de maladie Basedow şi 8 cazuri de Basedow frust).

Hipotiroidia am întâlnit-o în 6 cazuri, iar într'un caz am constatat afecţiunea **para-guşoidă.**

Clasificarea statistică a tiroidiilor din punct de vedere al FORMELOR CLINICE:

Băeţi: Hipertrofii şi mijlocii 118 cazuri; **Guşe pronunţată** 119 cazuri. Dintre aceste după aspectul anatomic: **lobară:** 108 cazuri, **lobulară** 6 cazuri şi **vasculară** 5 cazuri. **Hipertrofie legeră şi mijlocie** 160 cazuri.

Fete: Guşe incip. şi pronunţată, 66 cazuri. Dintre acestea după aspectul anatomic: **lobară** 56 cazuri, **lobulară** 8 cazuri, şi **vasculară** 2 cazuri.

Guşa a interesat ambii lobi în 429 cazuri, **ambii lobi cu predom.** lobului drept 10 cazuri, **interesând numai lobul drept** 18 cazuri, **guşe istmică** 5 cazuri, predominenţa **lobului stâng** 1 caz.

Amintim cu această ocaziune că în timpul anchetei am avut grija ca la încadrarea diferitelor forme anatomice să ţinem cont numai de deformaţiunile pronunţate ale glandei tiroide, deformaţiuni cari depăşeau hipertrofia fiziologică care se observa la fetiţe în vârsta pubertăţii.

Iată repartiţia tiroidiilor în legătură cu **vârsta** la băeţi şi fete:

Băeţi		Fete	
7 ani	15 cazuri	6 ani	2 cazuri
6 „	43 „	7 „	5 „
9 „	37 „	6 „	4 „
10 „	36 „	9 „	39 „
11 „	39 „	10 „	38 „
12 „	27 „	11 „	42 „
13 „	15 „	12 „	24 „
14 „	16 „	13 „	15 „
15 „	9 „	14 „	20 „

Din acest tablou statistic comparativ, raportat la vârsta şi sexul copiilor se remarcă la fete în vârsta de 11 ani un număr destul de mare de tiroidii (42 cazuri), ceace denotă desigur influenţa factorului tirogen, care îşi exercită acţiunea mult mai intens asupra glandei în starea de hipertrofie a pubertăţii.

Din informaţiunile primite din partea medicilor şcolilor germane din localitate, elevii acestor şcoli prezintă leziuni tiroidiene în acelaşi proporţie pe care am constatat-o noi. Deci putem afirma că ancheta noastră se poate referi la întreaga populaţie a oraşului Sibiu, indiferent de naţionalitate.

Faţă de această situaţie, demonstrată prin datele statistice de mai sus, **existenţa unui factor tirogen determinant,** care provoacă în vârsta copilăriei hiperplazia apoi o hipertrofie manifestă sub formă de guşe cu diferitele ei aspecte, este de necontestat.

Factorul tirogen determinant este necunoscut. Cei mai mulţi autori pretind că factorul tirogen determinant este în strânsă legătură cu constituţia solului care la o altitudine de 400—670 m. are proprietatea în regiunile endemice, de a imprima apei şi poate chiar plantelor care cresc pe sol, proprietăţile tirogene. Se pare însă că apa este **vectorul** principal, care transmite factorul tirogen.

Posibilităţile noastre în cursul acestei anchete au fost în această direcţie după cum se poate foarte uşor înţelege, cu totul reduse, pentru a întreprinde cercetări atât de preţioase.

Direcţia în care ne-am îndreptat deci cercetările noastre a fost **studiul factorilor tirogeni adjuvanţi,** şi stabilirea în mod pe cât se poate de complect a modalităţii prin care factorul tirogen determinat este influenţat de aceştia în endemia tiroidiană din Sibiu.

Primii dintre aceşti factori adjuvanţi asupra căreia ne-am îndreptat studiul nostru a fost CLIMATUL.

Sibiu este situat la o altitudine de 419 m. Oraşul este expus la curenţi puternici în special în lunile Februarie, Martie şi Noembrie, Decembrie. Curenţii au direcţiunea N V şi V. Curenţii dela S şi S V sunt foarte rari.

Climatul corespunde unui **climat sub alpin** cu o durată a strălucirii soarelui de 1600—1700 ore anual, cu media de presiune atmosferică de 725 mm şi cu Temp. medie anală de 8,9°.

Temperaturile extreme abs. variază între +37,6° şi —34,2°. Umiditatea anuală medie este de 79,5, nebulozitatea de 5,7 iar precipitaţiunile variază între 700 şi 720 mm.

Dacă luăm în considerare temperatura medie max. şi minim. din cursul verii cari sunt de 24° resp. 12,1°, apoi nebulozitatea din cursul verii (4,5- precum şi umiditatea (742), putem conclude că acest climat corespunde în general situaţiei geografice şi oro-metrice a oraşului Sibiu.

Sub acest aspect d. profesor M. Sturza crede că nici manifestaţiile meteorologice ale atmosferei şi nici durata strălucirii soarelui nu poate fi invocată drept cauză a frecvenţei mari de guşe constatată în această regiune.

Ereditatea. Intreprinzând o anchetă socială am constatat în unele cazuri că unul sau ambii părinţi prezintă guşe.

Astfel la băeţi am constatat în 3 cazuri tatăl, 16 cazuri mama suferind de tiroidie, iar în 27 de cazuri şi alţi membrii din familie. (In total în 46 cazuri). 14 cazuri mama, 3 cazuri tatăl şi în 5 cazuri, ambii părinţi suferind de guşe. Deasemenea am găsit în 16 cazuri şi alţi membrii ai familiei (fraţi, surori, unchi etc.) suferind de guşe. In total 38 cazuri).

Raportând numărul elevilor la cari am găsit şi părinţi suferind de guşe (total 36 cazuri) la numărul total de elevi (fete şi băeţi) suferind de tiroidie, găsim o proporţie de 7,9%. In această proporţie ar putea fi invocată — bine înţeles cu toate rezervele — în care-care măsură influenţa ereditară, asupra tiroidiei, ceace constitue desigur o proporţie foarte mică şi în acelaş timp foarte discutabilă.

De altfel toţi autorii sunt de acord că influenţa eredităţii asupra tiroidiei este foarte greu de stabilit. Totuşi toate lucrările conclud că ereditatea are oarecare rol în endemia tiroidiană.

Starea economică şi socială.

Majoritatea elevilor din şcolile la cari am întreprins noi ancheta noastră sunt copii a căror părinţi au o stare economică modestă.

In 316 cazuri prezintând tiroidii (164

IN LUPTA CONTRA INFECȚIUNILOR

PARAGEN

Antibacterian, antitoxic, mărind rezistența

INDICAȚIUNI

Reumatism infecțios, în special reumatismul articular acut, stările reumatoide acute și cronice exacerbante.

Stările septice, terapia adjuvantă a infecțiunilor toxice, ca difteria, scarlatina ș. a.

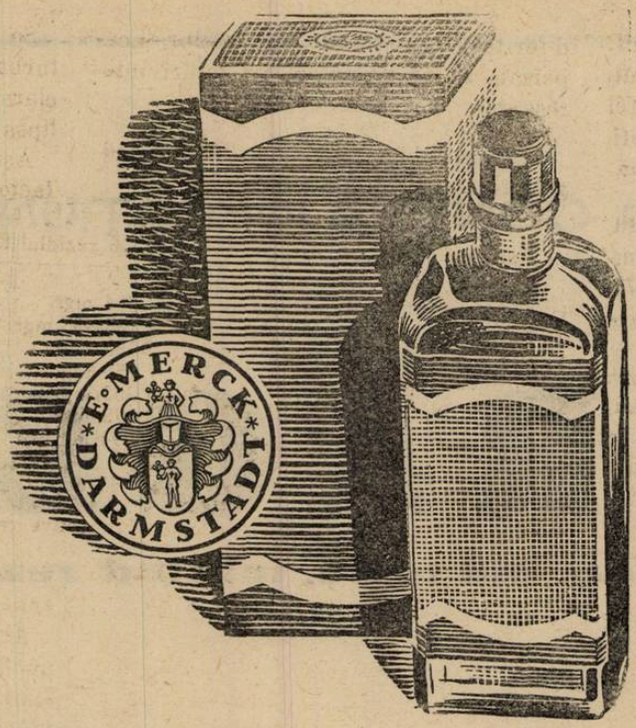
Bolile allergice.

Cutii cu 1, 3, 5, și 50 fiole a 2 cmc

»Behringwerke« BAYER LEVERKUSEN

Reprezentanța generală pentru România:

«ROMIGEFA» S. A. R., București, Str. Brezoianu Nr. 53



INHEPTON PER OS

Tonic încercat cu acțiune hematopoetică în anemie și stări de epuizare precum și pentru grăbirea convalescenței. Flacon original cu aprox. 180 gr.

E. Merck

DARMSTADT — FABRICĂ DE PRODUSE CHIMICE. — FONDATĂ 1827
Reprezentanța generală: Chimiroman, București I. — Str. T. G. Masaryk 32.

Mostre și literatură la cerere MEDIROM S. A. R. București IV — Str. Olari 23 Tel. [2.39.46

fetiţe şi 152 băeţi) am constatat că alimentaţia constă dintr'un regim uniform, compus în general din acelaş fel de mâncare (ciorbă, fasole, cartofi, uneori zarzavaturi, foarte multă mămăligă).

La 147 de copiii prezintând tiroidii, găsim că alimentaţia este foarte completă şi abondentă (băeţi 72, fete 75) datorită situaţiei materiale mai bune a părinţilor.

Aici trebue însă să insistăm asupra faptului că indiferent de regimul alimentar pe cari unii copiii îl primesc în mediul familiar, problema alimentaţiei este destul de bine rezolvată la şcolile din Sibiu, unde pe lângă fiecare şcoală funcţionează o cantină, care distribue alimente copiilor mai săraci şi subnutriţi.

Prin această măsură se complectează alimentaţia insuficientă de acasă şi ceace este şi mai important, se variază în oarecare măsură regimul alimentar.

Datorită acestei stări de lucruri se pare că factorul economic, cu complexul de împrejurări legat de el (alimentaţie, condiţiuni de igienă, confort etc.) nu joacă un rol aşa de important ca factor etiologic predispozant în endemia tiroidiană din Sibiu.

Acest lucru îl putem afirma cu atât mai mult, cu cât la ancheta individuală făcută la şcoala No. 1 «Regina Maria», — şcoală frecventată după cum am amintit, în cea mai mare parte de copii familiilor de elită din Sibiu, — am constatat tiroidia la 73 eleve din totalul de 275, deci într'o proporţie de 26,5%.

Această proporţie este sensibil egală cu proporţia tiroidiei constatate la toate celelalte şcoli.

Studiul asupra sursei de alimentaţie cu apă, asupra calităţilor apei şi asupra problemei iodului.

Negăsind o explicaţie prea evidentă în studiul factorilor favorizanţi amintiţi, atenţiunea noastră s'a îndreptat cu un deosebit interes în direcţiunea sursei de alimentaţie a apei şi a studiului său calitativ.

In ceace priveşte sursa de alimentaţie — după cum este dealtfel şi natural majoritatea copiilor se alimentează cu apă din apeductul oraşului Sibiu. Unii elevi din cartierele mărginaşe ale oraşului se alimentează cu apă fie din fântânile publice ale cartierului respectiv, fie din fântâni particulare.

Studiind condiţiunile higienice ale acestor fântâni am constatat că multe din ele lasă de dorit în această privinţă. Acest lucru a fost semnalat forurile sanitare oficiale.

Analiza chimică a apei recoltată atât din apa de apeduct cât şi a apei din diferitele fântâni ale cartierelor, neapermis să ajungem la constatări interesante.

Iată un tablou indicând diferitele rezultate ale acestor analize:

	Fântâna	Adresa	1000 reziduul	Rez. Calcinat	Cloruri	Iod	dur
1	Partic.	Ter. Măcelar 4.	564 mgr.	380 mgr.	85,4 mgr.	17 gr.	4,45
2	Partic.	Calea Nocrihului	138-498 mgr	336 mgr.	70,4 mgr.	25 gr.	3,02
3	Publică	Str. Fulea 8.	356 mgr.	292 mgr.	46,6 mgr.	10 gr.	4,17
4	Publică	Piaţa Sulutiu	556 mgr.	416 mgr.	79,8 mgr.	25 ar	3,75
5	Partic.	Str. Dima 15.	352 mgr.	298 mgr.	19,6 mgr.	70 gr	14,14
6	Partic.	Str. Guşteriţei 51.	872 mgr.	728 mgr.	165,4 mgr.	20 gr	12i12
7	Partic.	Str. M. Toma 16	594 mgr.		106 8 mgr.	25 gr	10.35
3	Apenductul oraşului		58 mgr.		2,8 mgr.	8 gr.	0,37

Iodul semnalat prin cifrele coloanei respective reprezintă cantităţile obţinute prin dozrea n micrograme (γ)

Aruncând o privire asupra acestui tablou constatăm că analiza chimică a apei din apeductul oraşului arată că duritatea apei este de 0,73 (aproape ca a apei destilate) iar analiza iodului arată 8 micrograme. Analiza apelor din fântânile diferitelor cartiere arată o duritate care variază între 3,02 şi 14,14 iar conţinuntul în iod oscilează între 10 şi 25 micrograme. Numai l ao singură fântână găsim iodul la 70 mgr.

Ţinând cont că iodul trebue să fie într'o apă bună potabilă în cantitate de cel puţin 30 micrograme, putem conclude că apeductul oraşului Sibiu precum şi celelalte fântâni din oraş sunt insuficiente din acest punct de vedere.

Având în vedere că apa fântânilor conţine apa solului de cele mai multe ori, putem trage concluzia că şi conţinutul de iod al solului şi chiar al vegetaţiei care creşte pe sol este mai scăzut.

Acest fapt prezintă o importanţă foarte mare mai ales într'o regiune endemică şi deci expusă acţiunii factorului tirogen determinat, **căci iodul acţionează faţă de acest factor într'un mecanism antagonist** (Danielopolu).

Este adevărat că factorul principal poate acţiona şi în anumite regiuni unde iodul se află în cantitate suficientă (endemia de guşe din Noua Zelandă, M. James), totuşi prin cunoaşterea mecanismului de acţionare a factorului principal ne putem da seama că şi în astfel de regiuni organismul are nevoie de iod în şi mai mare cantitate, pentru a contrabalansa această acţiune, care provoacă un deranjament în funcţiune a glandei tiroide, manifestat printr'un defect de utilizare a iodului.

Prin lipsa concentraţiei iodului în umorile organismului sau prin insuficienta utilizare a lui din partea glandei alterate, glanda tiriodă se hiperplaziază, denotând prin aceasta o tendinţă de supra funcţiune compensatoare.

Se înţelege dela sine că această perturbaţie în utilizarea iodului deja declarată, se accentuiază şi mai mult prin lipsa iodului din alimente sau apă.

Aşa se explică în realitate rolul de factor predispozant pe care 'l are iodul în apariţiunea tiroidiilor din regiunile endemice.

Acest fapt a fost verificat de noi până la cea mai perfectă evidenţă, căci statistica tiroidiilor în cartierul aparţinând str. Dima, unde iodul din apă este reprezentat în cantităţi de 70 mgr. arată prezenţa tiroidiei numai în 19,2%, deci în proporţie mai scăzută cu 10%.

Cu ocazia anchetei noastre am constatat în 8 cazuri semnele revelatoare ale unui hipertiroidism iar în 2 cazuri maladia lui Basedow.

Această constatare indică că deja la vârsta copilăriei în mediul urban tonusul vegetativ ridicat datorit unei alimentaţiuni mai bune poate să determine la hiperplaziile tiroidei un cerc vicios prin care hipersecreţiunea tiroidei măreşte tonusul vegetativ, care la rândul său exagerează secreţiunea tiroidiană în sensul unei **hipertiroidii.**

Această constatare confirmă părerea că în mediul urban încadrat într'o regiune endemică, alimentaţia mai bună menţinând tonusul vegetativ ridicat, favorizează apariţiunea hiper-tiroidiei.

Observaţiunea este cu atât mai preţioasă cu cât în mediul rural din împrejurimile Sibiului toate anchetele semnalează lipsa aproape completă a cazurilor de hipertiroidii.

Afecţiunea de guşe propriu zisă, mai ales dacă nu prezintă tulburări secretorii asupra organismului în sensul hipo sau hipertiroidiei, constitue desigur o deformaţiune supărătoare din punct de vedere estetic.

Dar afecţiunea neglijată aduce după sine repercusiuni serioase asupra descendenţilor aparţinând celor afectaţi de tiroidii, în sensul că urmaşii vor fi expuşi la tarele cele mai diferite ca: cretinismul, balbuţia, idioţia etc. tare cari au influenţe din cele mai serioase asupra evoluţunii tipologice a rasei poporului nostru.

In regiunile endemice, după cercetări şi statisticci mari, cum s'a făcut la noi în ţară de d. prof. Danielopolu, tiroi-

dia apare chiar în primii ani ai vieţii. Afecţiunea ia proporţii mai mari, în special la vârsta pubertăţii.

Prezenţa în regiunea endemică şi expunerea permanentă şi continuativă la acţiunea factorului tirogen în această vârstă este un moment necesar pentru producerea tiroidiei.

Faţă de această situaţie, luând ca bază factorul predispozant al carenţei de iod, se preconizează deja de mult, în diferite ţări, **tratamentul profilactic cu iod.**

El a fost introdus sub formă de sare iodată conţinând 5 mgr. iod la 1 kg. sare. Alte ţări au adoptat 10 mgr. iod la 1 kg. de sare. In Italia, St. Unite, Suedia au fost introduse bomboanele iodate, conţinând 1—10 şi chiar 200 mgr. Iod (Suedia).

La noi în ţară d. prof. Danielopolu în colaborare cu dr. Nicolae, dr. Rece, I. Emanuel şi B. Nestorescu au preconizat tratamentul profilactic cât şi curativ cu doze mult mai mari de iod, decât cele pe care le conţine sarea sau celelalte mijloace profilactice utilizate în mod curent.

D-lor pleacă dela concepţia că în endemiile tiroidiene iodul absorbit în organism chiar în cantitatea normală, nu este suficient să împiedice acţiunea factorului tirogen determinant.

Astfel au fost administrate doze mult superioare decât acelea conţinute în sarea profilactică obişnuită **la 1223 cazuri.** Cantitatea de iod administrată a variat între 160 mgr., şi până la 640 mgr., într'un interval de 5 luni.

Aceste cantităţi mărite de iod n'au provocat nici într'un caz boala lui Basedow şi autorii au observat diminuări apreciabile în volumul guşei după tratament. Autorii semnalează rezultate favorabile după acest tratament chiar şi în hipertiroidii.

Rezultatele practice favorabile obţinute în urma acestor încercări, ne îndreptăţesc să propunem ca şi în şcolile din Sibiu să fie puse în aplicare metodă profilactică cât mai în grabă.

Recomandăm ca această metodă să urmeze următorul plan de lucru:

1. Să se introducă în mod obligatoriu consumul sării iodate, conţinând 30 mgr. iod la un kilogram.

2. Dat fiind lipsa cantitativă a iodului din apa potabilă din Sibiu şi probabil şi din vegetaţia solului, să se administreze iodul sub formă de sol. Lugol (iod 1 gr. iodură de Sodiu 2 gr. apă 30 cc). sub controlul medicilor şcolari, la copii între vârsta de 5—18 ani după cum urmează:

a) **La copiii cari nu prezintă tiroidii,** să se administreze primăvara şi toamna timp de 15 zile 3 până la 10 picături de Lugol pe zi, după vârstă (deci până la doza de 1,12 gr. anual, inclusiv iodul din sare).

b) **La copiii cari prezintă tiroidii** să se administreze iodul cu scop curativ în doza de 5—8 picături, odată pe săptămână la cazurile de tiroidii între vârsta de 5—11 ani. La tiroidienii între vârsta de 12—18 ani să se administreze 9—15 picături săptămânal.

Acest tratament va fi urmat timp de 8 (opt) luni pe an, cu o întrerupere de 4 luni în timpul verii.

Se va administra astfel în total, inclusiv iodul din sare, pe an minimul de 754 mgr. şi maximum 2,02 gr. iod.

Această doză poate fi uşor mărită la cazurile de hipo-tiroidii.

c) **In cazurile de hipertiroidii** se poate administra doza de 5—15 picături timp de 10 zile cu perioade variabile. După părereaa d-lui prof Danielopolu, iodul trebue variat după fiecare caz în parte, urcând sau mărind doza după evoluţia simptomelor clinice şi metabolizmul bazal. **Acest tratament nu se poate face deci decât sub directa şi continua supraveghere a medicilor.**

Pentru a putea urmări rezultatele tratamentului profilactic şi în parte chiar curativ, sugerăm întocmirea unei fişe pentru fiecare elev.

In această fişe se semnalează în mod cât se poate de precis data primelor semne de hipertrofie a tiroidei, examenul obiectiv complectat prin măsurători exacte etc.

Prin aceste fişe se pot urmări cele mai mici modificări survenite în cursul sau după tratamentul iodat. Fişa are ca scop să urmărească elevul în tot timpul şcolarităţii şi deci până la vârsta de 18 ani, vârstă critică a pubertăţii pentru apariţiunea tiroidiei, după cum am văzut.

In afară de acest tratament cu iod, care este singurul mijloc terapeutic eficace în tiroidii, făcut atât cu scop profilactic cât şi curativ, măsurile de-a asigura o alimentaţie mai bună şi mai variată, precum şi supravegherea măsurilor de igienă generală a elevilor, vor contribui în mod eficace la combaterea endemiei de tiroidii.

Introducerea cât mai grabnică în practică a acestui tratament iodat este de utilitate naţională, având în vedere că gravitatea endemiei constă în semnele de degenerescenţă a rasei, ce pot apărea la generaţiile viitoare.

Arătând prin cercetările noastre, proporţia îngrijorătoare a acestei endemii în mediul şcolar din Sibiu, credem că concluziunile la cari am ajuns vor determina forurile sanitare în drept ca neîntârziat să aplice măsurile sugerate, pentru combaterea endemiei, chestiunea prezentând un deosebit interes din punct de vedere naţional şi rassial.

BIBLIOGRAFII

Ausführung und beurteilung serologischer untersuchungsverfahren Hans Bludau und Herte Burger (Execuţia şi interpretarea procedeelor serologice de laborator Viena—1942, 56 p.

Cartea este un îndreptar al procedeelor curente de cercetare serologică în sânge şi lichid cefalo-rachidian.

Intr'un stil clar, fără consideraţii teoretice, se expune în mod detailat technica, interpretarea, erorile şi rezultatele sero-reacţiilor B. Wassermann, Meinicke, Citochol, Goldsal, Nonne Apell, Pandy, Widal.

Determinarea grupelor sanguine este expusă în mod amănunţit.

Deasemenea se descrie reacţia Meinicke—Fischer, care prin simplicitatea technicei sale şi prin rapiditatea cu care se poate executa în orice condiţiuni (picătură groasă de sânge scat pe lamă) este menită să fie utilizată pe o scară din ce în ce mai mare.

Lucrarea dă indicaţii precise asupra tuturor detaliilor technice necesare pentru executarea reacţiilor serologice, astfel că constitue un îndreptar foarte folositor pentru medicul practician.

Der rheumatismus im kindesalter, Die Chronische Polyarthrytis des Kindes—de Dr. Hans Wissler, Dresda 1942, 155 p. (Reumatismul infantil, Poliartrita cronică a copilului).

Lucrarea este partea a doua a studiului reumatismului în copilărie, prima parte scrisă de Prof. Fanconi şi Dr. Hans Wissler tratând infecţia reumatică la copii şi diagnosticul ei diferenţial.

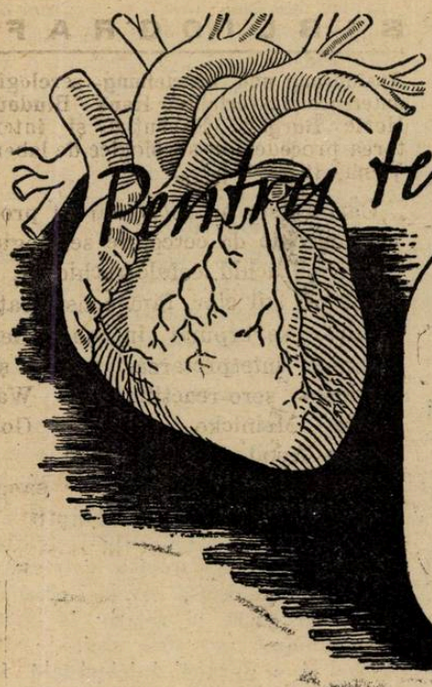
Marea importanţă a reumatismului în copilărie justifică împărţirea materiei în două volume, întru cât procesele reumatice se prezintă la copii mult mai evidentă decât la adulţi.

Pe baza importantului său material clinic, autorul expune debutul, evoluţia şi prognosticul acestei afecţiuni, fără să insiste prea mult asupra teoriilor patogenice.

In lipsa unei reacţii biologice specifice pentru reumatism, autorul face o analiză clinică detailată a simptomelor poliartrei cronice la copii, arătând elementele diagnosticului şi tratamentul ce trebue instituit în diferitele forme clinice.

Autorul utilizează un important material bibliografic în sprijinul constatărilor sale clinice şi aplicaţiilor terapeutice.

Dr. I. IONESCU



Pentru terapia Digitală

și pentru tratamentul economic de lungă durată, cardiacul consacrat, cu început de acțiune rapidă și cu efect îndelungat

DIGITALIS-DISPERT

Procedeul de fabricațiune „Dispert" asigură, prin gradul înalt de dispersiune — în mărimea eritrocitelor umane — o rezorbție optimală și o toleranță perfectă.

RHENANIA

„Rhenania" Secția Farmaceutică a S. A. KALI-CHEMIE, Berlin
Dep.: Pharmag S. A., Brașov

Digitalis-Dispert

Tablete • Supozitoare • Soluție

Cardiotonic, Antispasmodic, Sedativ al sistemului nervos

CARDIALGINE DUBOIS

DRAGEURI

Bromur de sparteină extracte de atrophantus, aubepine, belladona papaverină.

3—5 drageuri pe zi.

Mostre gratuite la cerere MEDIROM S. A. R. BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23, Tel. 2.39.46.

COLLO-IODE

GOUTTES ET AMPOULES SANS IODISME

RHUMATISME-GOUTTE-SYPHILIS

LABORATOIRES DUBOIS PARIS

Mostre gratuite la cerere MEDIROM S. A R. BUCUREȘTI IV — STR. OLARI 23, Tel. 2.39.46.

Patogenia şi tratamentul turburărilor de sarcină provocate prin insuficienţa suprarenalelor

de Dr. MARIA ALEXIU şi Dr. OLGA CANŢOIU

Intreg aparatul glandular va trebui în timpul sacinei a echilibra raporturile între nevoile fetale şi posibilităţile humorale materne. Dacă sarcina survine la femei sănătoase şi fără tare constituţionale, stabilirea noului echilibru secretoriu se face rapid şi fără manifestări aparente importante. Dacă însă graviditatea survine la individ cu o constituţie deficitară, cu un sistem endocrin cu o valoare funcţională scăzută, creşterea bruscă a nevoilor organice nu va găsi un răspuns tot aşa de rapid în posibilităţile de echilibrare şi de reglare a sistemului endocrin. Urmarea imediată va fi o suferinţă aparentă a întregului organism matern. Tabloul simptomatic va fi acela al unei insuficienţe glandulare, mai mult sau mai puţin gravă, în care va predomina deficitul uneia sau a mai multor glande. S'ar putea spune că tabloul turburărilor din timpul sarcinei este de fapt datorit unei incapacităţi de acomodare funcţională a sistemului endocrin faţă de nevoile unei activităţi organice crescute.

Din studii experimentale s'a stabilit că animalele de laborator prezintă în timpul sarcinei o hipertrofie a glandelor suprarenale, în special a cortexului, în timp ce în medulară modificările lipsesc sau sunt foarte reduse. La femee s'a remarcat deasemenea această hipertrofie a cărei valoare după **Scheel** este de 16 gr. şi după **Berblinger** de 19 gr. faţă de 10,5 şi 11 gr. la femeia negravidă. După toţi autorii scoarţa suprarenalei suferă această hipertrofie, în timp ce medulara prezintă modificări neînsemnate.

După unii autori (**Thaddea, Elert**, etc.) chiar în sarcina normală, toate modificările de metabolism ce se însoţesc de uşoare turburări sunt de fapt expresia unei insuficienţe relative a suprarenalelor. Dacă dintr'un motiv oarecare, spun aceşti autori, hipertrofia compensatorie a acestor glande nu este suficientă sau nu se face rapid gravida va prezenta tabloul simptomatic şi humoral al insuficienţei suprarenalelor. Către luna a V-a a sarcinei glandele suprarenale ale fătului încep a secreta, constituind o terapie substitutivă a insuficienţei materne. Acest fapt a fost demonstrat la animalele epinefrectomizate în a doua jumătate a sarcinei, care a rămas în viaţă până la sfârşitul ei, pentru ca imediat după naştere să moară cu grave simptome de insuficienţă de suprarenală. Este de remarcat că la aceste animale puii au prezentat glandele suprarenale cu mult mai mari ca la puii control. Insfârşit mai există posibilitatea ca nici funcţiunea vicariantă a glandelor fetale să nu fie suficientă şi atunci chiar în jumătatea a doua a sarcinei simptomele de insuficienţă maternă persistă.

Principalele simptome de insuficienţă relativă a suprarenalelor sunt în primul rând adinamia, oboseala după cel mai mic efort însoţită de o mare nevoie de somn, apoi tendinţa la leşinuri, ca o expresie a reglării insuficiente a tensiunei sanguine. **In sfârşit, remarcă Thaddea**, dureri în hipogastru, anorexie pierdere în greutate, pirozis, vărsături matinale, constipaţie, hipotonie şi pigmentarea pielei.

Sub denumirea de Adisonismul gravidelor, **Elert** descrie o stare de insuficienţă a suprarenalelor creată de sarcină, care poate influenţa în mare măsură starea generală a gravidei care este incapabilă de lucru şi nu se simte bine decât în pat. Se înţelege, spune acest autor, că această insuficienţă apare atunci când chiar înainte de sarcină există o inferioritate constituţională latentă, a sistemului interrenal. Se mai poate ca o maladie întercurentă în timpul sarcinei (de ex. gripă) să conteze ca un factor declanşator al deficitului glandular.

In ceeace priveşte vărsăturile incoercibile ale sarcinei s'a ajuns la concluzia că totdeauna modificările de metabolism în această formă gravă de toxicoză gravidică, arată o mare asemănare cu tabloul simptomatic al maladiei lui Adison. (Elert). In afară de simptomele principale ca vărsături, anorexie, pierdere importantă în greutate, adinamie şi apatie, este de remarcat pielea uscată şi pigmentată care se descuamează, limba uscată, oliguric, musculatură hipotonică, hipotensiune, tendinţă la colaps, puls mic şi frecvent. Studiul chimic al sângelui prezintă modificări ce se găsesc în amândouă afecţiunile: hiperketonemie, hipocloremie, concentrarea sângelui deshidratarea. In rezumat, după **Thaddea**, vrăsăturile de sarcină reprezintă agravarea unei insuficienţe relative a suprarenalelor, care la sarcina normală există totdeauna, însă cu manifestări abia remarcabile.

In ce priveşte turburările prin insuficienţă a suprarenalelor care apar în în jumătţaea a doua a sarcinei, am ajuns la concluzia că sunt mult mai frecvente decât s'ar părea. In ultimele luni ale sarcinei grija medicului consultant este să depisteze cât mai devreme semnele de preeclampsism, atât din turburările subiective cât şi din examenele de laborator. Şi deseori în faţa unor simptome ca cefalee, greţuri ameţeli, astenie, găseşte tensiunea arterială scăzută sub cifrele normale, uneori maxima 9—8, şi examenul urinelor pentru albumină negativ. Constatând că pacienta prezintă o tensiune tocmai contrarie celei care l'ar îngrijora, medicul consultant se mulţumeşte să prescrie un tonic banal sau să trateze în mod foarte serios pseudoanemia frecventă a sarcinei, fără un rezultat remarcabil.

Un examen somatic atent al gravidelor cu astfel de turburări ne-a condus la observaţiunea că aceste paciente prezintă şi un tonus foarte redus al ţesuturilor, varice întinse şi pronunţate vergeturi laxe cu tendinţe la ptoze, eventraţii etc. De remarcat apoi că majoritatea gravidelor care prezintă aceste turburări şi către sfârşitul sarcinei sunt mai ales multiparele în vârstă, epuizate de mari eforturi fiziologice la care se adaugă munca extenuantă în familia numeroasă. Aceiaşi observaţiune se poate face şi relativ la gravidele funcţionare care sunt obligate să presteze şi o muncă intelectuală într'un mediu neprielnic prin aglomeraţie şi sedentarism.

La consultaţiile Institutului de Maternitate Regina Elisabeta au fost tratate 6 cazuri de turburări prin insuficienţă a suprarenalelor, dintre care unul singur în prima jumătate a sarcinei şi care se însoţea de vărsături până la 8 pe zi, pierdere mare în greutate, astenie importantă. Cinci cazuri au fost în luna VII—VIII-a, la care simptomele principale erau astenia, ameţelele, tendinţa la leşinuri, dureri în epigastru, pirozis. Tratamentul aplicat a fost cu preparate sintetice de hormon al scoarţei suprarenale (Cortenil-Bayer), în doze de 2 mgr. zilnic sau 5 mgr. la trei zile în injecţiuni. In unele cazuri s'a mai administrat, după recomandaţia lui **Neuweiler, un tratament** complimentar cu vitamină C şi B_1. In toate cazurile rezultatele au fost rapide, unele simptome ameliorându-se, altele chiar dispărând.

O foae de observaţie demonstrativă în acest sens:

M. G. de 35 ani. XVIII-gestă, X-pară, sarcină luna VIII-a, vine pentru lipotimii, ameţeli, insomnii, stare de oboseală continuă, pirozis. Dela începutul sarcinei prezintă aceste turburări. Primele şapte sarcini au evoluat fără nicio turburare. De atunci s'au repetat în cursul fiecărei sarcini, dispărând în intervalele dintre ele. Lipotimiile se exagerează în poziţie ortostatică. La ultima naştere şoc grav obstetrical. Căsătorită de 15 ani. 9 sarcini la termen cu feţi vii, un avort spontan în luna V-a, gemelară, 7 avorturi provocate. Bolnava îmbătrânită înainte de vreme, astenică, palidă, cu intensă mască a sarcinei, ţesuturi flasce, enorme pachete de varice ale membrelor inf. şi vulvare. Organic nimic deosebit. Dureri precordiale, sufocaţii, tensiunea art. 10 6. Foarte mult ameliorată după 6 injecţii de 5 mg. cortenil. Naşte normal, la naştere tensiunea 12,50/7.

Dodonal

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

înlătură agripnia și în cazuri de dureri

Pentru tratamentul peroral în tuburi cu câte 10 dragele à 0,3 gr.

Reprezentant pentru România:

RUDOLF FOREK, București III, Str. G-ral Eremia Grigorescu 6

Pentru desinfecția intestinului

Carbo-Ormalon

în enteritele
diaree
sindromul gastro-cardiac
meteorism

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Reprezentant pentru România:

RUDOLF FOREK, București III, Strada G-ral Eremia Grigorescu Nr. 6

ENTERITE – ENTEROCOLITE – DIAREE
DISENTERIE–PUTREFACȚIUNI INTESTINALE

BIOFERMENT

Cultură lichidă pură de fermenți lactici

½–1 flacon de 2 ori pe zi,
cu puțină apă zaharată.

ANEMII–DEBILITATE – CONVALESCENȚE
SURMENAJ – INAPETENȚĂ – LIMFATISM

CYTOTONINE

Elixir

2–3 linguriţe sau linguri pe zi,
după vârstă, înaintea meselor.

CHIMIOTERAPIA ANTISEPTICĂ CLORATĂ
SPĂLĂTURI – PANSAMENTE – GARGARISME

DAKYNOL

Comprimate de 0 gr. 20

2–12 comprimate la 1 litru de apă, după caz.
Igiena intimă: 1–2 comprimate la 1 litru de apă.

ARSURI–ERITEME–ECZEME–PRURIT
FISURI ANALE – HEMOROIZI

DERMOPHYL

Pomadă cu bază de ol. jecoris

In pansamente.

STĂRI NERVOASE–INSOMNII–AGITAȚIE
EMOTIVITATE–TURBURĂRI DE MENOPAUZĂ

PASSICALMINE

Lichid

2–3 linguriţe pe zi, în infuzie caldă de tei,
sau numai în apă.

REUMATISM–ARTRITISM–OBEZITATE
GUTĂ–GRAVELĂ RENALĂ ŞI HEPATICĂ

SOLVARTHROL

Granulat efervescent

3–4 linguriţe pe zi, cu apă rece;
dimineaţa, înaintea meselor şi la culcare.

NOUA CHIMIOTERAPIE ANTI-INFECȚIOASĂ POLIVALENTĂ PE CALE BUCALĂ

BINE TOLERATĂ – NETOXICĂ

Sulfamidol

Para-Amidobenzol Sulfamid — Comprimate a 0 gr. 25

GONOCOCIE: Blenoragie acută şi cronică la bărbaţi şi la femei. – **Complicaţiuni.**

STREPTOCOCIE: Erisipel – Infecţiune puerperală, post-partum şi post-abortum – Angină strepto-difterică – Pleurezie purulentă.

Stafilococie – Pneumococie – Meningococie
Colibaciloză – Stări infecţioase criptogenetice.

POSOLOGIE:

Adulţi:	6–10 comprimate pe zi.
Copii dela 5–12 ani:	3– 5 comprimate pe zi.
Copii dela 2– 5 ani:	1– 3 comprimate pe zi.
Sugaci:	½– 1 comprimat pe zi.

PREZENTARE: Cutia cu 40 comprimate a 0 gr. 25

REPREZENTANȚĂ EXCLUSIVĂ: **„SPEPHAR"** - LABORATOR DE PRODUSE FARMACEUTICE
MARCEL HOTT — 2 BIS, STRADA PROFESOR ION BOGDAN — BUCUREŞTI III — TELEFON: **2.11.78**

Escare sacrate masive după rahianestezie

C. ANDREOIU
Chirurg-primar Spitalul Abrud

Anestezia rahidiană a ieşit de mult din vremea încercărilor. Este recunoscută, de toţi acei cari o folosesc, drept o metodă excelentă, respectându-se, însă, anumite condiţii de indicaţie şi execuţie. Cu toate acestea, complicaţiile, oricât de rare, nu sunt excluse, ceeace nu scade, — bine înţeles —, valoarea metodei. Printre complicaţiile serioase şi tardive ale rahianesteziei, se întâlnesc, din când în când, printre alte turburări trofice şi escarele sacrate masive.

Sub această denumire, se înţelege acea turburare trofică, ce se traduce clinic, prin moartea, adică prin «sfacelarea rapidă şi întinsă a ţesuturilor moi din regiunea sacrată, la scurtă vreme după rahianestezie». Este o deosebire mare, între aceste escare sacrate masive şi obişnuitele eroziuni superficiale, ale tegumentelor din regiunea sacrată, — cari neglijate se transformă în escare.

Prof. **E. Juvara**, în raportul său asupra rahianesteziei, la al treilea congres naţional de chirurgie din 1930, ţinut la Cluj, enumără printre complicaţiile determinate de anestezia rahidiană, unele turburări trofice. Printre acestea, notează escarele la nivelul punctelor de presiune. Tot la acest congres, la discuţii, sau în comunicări, dr. **Gh. Kiţulescu-Slatina**, aduce trei cazuri «de escare sacrate masive», după anestezie rahidiană, la o serie de trei femei, politraumatizate, dintr'un grup de accidentaţi. **Dr. E. Nicoară-Reghin** comunică 36 de cazuri cu «escare sacrate grave», după rahianestezie, (procent necbişnuit de mare faţă de numărul rahianesteziilor practicate: 3412). **Dr. Albu-Arad** aminteşte de «escare sacrate masive», ce cari le-a întâlnit după anestezie rahidiană, fără alte precizări. In schimb, **M. Butoianu**, dr. **C. Stoian** şi dr. **Dan Teodorescu** stăruiesc asupra celor 2 cazuri de «escare sacrate masive», după anestezia rahidiană, pe cari le-au avut. Dr. **I. Marian**, la prezentarea raportului «rahianestezia la copii» şi dr. **M. Georgescu — dr. I. Protopopescu**, la susţinerea raportului «rahianestezia în obstetrică», pomenesc deasemenea de «escarele sacrate masive.»

De curând, prof. **C. Angelescu dr. Al. N. Popovici** dr. **I. Băluţă** publică, în Journal de Chirurgie (No. 1, T. 52, Iulie 1938, pag. 54) un articol: «escarres sacrées massives après rachianesthésie», cu un caz personal.

Din literatura străină, atât cât mi-a stat la îndemână, notez pe: **Oudard J. Solcard**, un caz; **Schepelmann**, un caz; **Darget**, 2 cazuri; **Cahen**, câteva cazuri; **Ducuing**, un caz; **Belohradsky**, un caz; **Garipuy-Pontonnier**, un caz; şi **Klein**, 9 cazuri. **E. Forgue** şi **A. Basset**, raportori asupra rahianesteziei la congresul asociaţiei de chirurgie, din Paris, în 1928, menţionează, întocmai ca şi **Juvara**, printre turburările trofice, determinate de anestezia rahidiană, «escarele sacrate masive.»

Toţi autorii pomeniţi, sunt de accord asupra caracterelor principale ale acestor escare sacrate masive, cari se ivesc după rahianestezie: **«apariţie rapidă 1—6 zile, sfacelare întinsă, în suprafaţă şi adâncime, a ţesuturilor moi din regiunea sacrată şi vecinătate, vindecarea încetă şi târzie».**

In serviciul de chirurgie al spitalului din Abrud-Alba, în 5 ani, pe mai mult de 3500 de operaţii de chirurgie generală, pentru cari anestezia rahidiană a fost folosită pe aproape 1600 de bolnavi, au fost următoarele 2 cazuri;

I. — Bolnavă Cîra Maria, F.O. No. 1053/1935), de 37 ani, casnică, din comuna Avram Iancu-Turda, vine în spital la 13 Decembrie 1935, pentru: **„dureri în fosa iliacă dreaptă, turburări dispeptice".**

A.h.c.: fără importanţă.

A.p.: menstruată la 16 ani, neregulat, fără dureri, cu sângerare puţină. S'a căsătorit la 22 ani. N'a avut nicio sarcină.

Istoric. Este bolnavă mai de mult. N'a avut niciodată o criză apendiculară. Durerile au apărut cu încetul, întovărăşite de constipaţie, lipsă de poftă de mâncare, digestii grele. La examenul general nu se găseşte nimic deosebit; puls 65—70 pe minut. T.A. 13/8. **Local:** are o durere vie spontană, mărită prin presiune, în fosa iliacă dreaptă.

Radioscopia g. intestinală arată un cec mare, cu stază. Chimism gastric: aciditaţi aproape normale. Un examen sumar de urină nu găseşte elemente patologice. Ureea în sânge 0,22 gr. la mie.

Cu diagnosticul de „apendicită cronică", este operată la 21 Dec. 1935. **Anestezie rahidiană, Novocoff, 8%, 0,12 gr., între 12 D-I L, după technica prof. Juvara, fără nici un incident. Anestezia este perfectă.** Incizie Arcé. Se pătrunde printre muşchi şi se scoate un apendice lung, gros, congestionat, în poziţie pelviană, cu mezenteriul scurt. Se extirpă apendicele, înfundându-se bontul. Se închide cu cat-gut şi agrafe.

După trecerea anestezii, femeia n'are nicio turburare senzitivă. Din punct de vedere operator evoluţia este normală. Femeia este aşezată pe colac de cauciuc. **In ziua următoare, se găseşte pielea din regiunea sacrată şi fesieră stângă roşie, insensibilă. A doua zi, pielea dela acest nivel devine violacee.** De îndată ce s'a constatat congestionarea tegumentelor din regiunea sacrată, femeia a fost aşezată în decubitus lateral şi ventral. Regiunea sacrată şi fesieră au fost şterse de mai multe ori pe zi, cu alcool camforat şi pudrată cu talc steril. **In ziua a 4-a, pielea regiunii sacrate, cât şi cea de pe partea supero-externă a fesei stângi, se înnegreşte în întregime. Ţesăturile din jur infiltrate şi foarte dureroase. Se extirpă cu foarfeca pielea şi ţesăturile sfacelate, până la sacru şi creasta iliacă posterioară.** Se fac irigaţii cu sol. Dakin, până la curăţirea plăgii, apoi pansamente cu pomadă cu balsam de Peru. Pleacă vindecată, la 23 Martie 1936.

Pe scurt: **„apendicectomie la o femeie, fără nicio altă turburare organică, la care, după anestezie rahidiană cu Novocoff 0,12 gr., se produce o escară sacrată masivă".**

II. — Femeia Pleşa Maria, (F.O. No. 843/1936), de 40 ani, casnică, din comuna Scărişoara-Turda, se internează în spital la 20 Iulie 1936, pentru: **„metroragii, dureri abdominale difuze, uşoară anemie".**

A.h.c.: nimic de reţinut.

A.p.: menstruată la 15 ani, aproape regulat lunar, menstruaţia ţinea 4—5 zile, fără dureri. S'a căsătorit la 18 ani. După 2 ani, a avut singura sarcină, cu facere spontană, la termen. De atunci, până acum 7 săptămâni, menstruaţia a avut un mers normal.

Istoric. Amenoree de 7 săptămâni. Acum 1 zile, are o durere puternică în pelvis, de partea stângă, care apoi se împrăştie în tot abdomenul. Incepe să piardă puţin sânge negricios, prin vagin.

Stare prezentă: de constituţie bună, este uşor palidă, puls 80—85 pe minut. T.A. 12/7 V.L. Temperatură: 37,3.

Local: abdomenul este uşor balonat, este dureros la palpare, mai mult spre fosa iliacă stângă.

Genital: din vagin se scurge sânge negricios în cantitate mică. Gâtul uterin este uşor mărit, moale. Corpul uterin nu pare modificat. Este mobil. Mobilizarea lui este dureroasă. Fundul de sac este foarte dureros la atingere. In stânga, o împăstare difuză dureroasă, împiedică explorarea anexei. Puncţionând fundul de sac posterior, se scoate sânge emolizat.

Cu diagnosticul de: **„sarcină extra-uterină ruptă"**, se intervine, sub **rahi-anestezie, cu Novocoff 8%, 0,12 gr. Puncţie lombară, între 1—2 L., după technica prof. Juvara, fără niciun incident. Anestezie desăvârşită.** Celiotomie sub-ombilicală. La deschidere, se găseşte în peritoneu sânge emolizat şi chiaguri sanguine vechi. Printre anse intestinale subţiri, aderente la uter, o grămadă de chiaguri vechi cât un pumn, prinde în întregime anexa stângă. Se goleşte ce se poate. Trompa stângă este mărită şi îngroşată, cât un police, vişinie. Are o ruptură, pe partea superioară, cam la jumătatea ei. Se extirpă

între legături, păstrându-se ovarul şi peritonizându-se bonturile. Se închide peretele, în straturi separate, cu cat-gut şi agrafe. Pansament. **După dispariţia anesteziei, femeia n'are nicio turburare senzitivă.** Este aşezată pe colac de cauciuc. Deşi, s'a păstrat o curăţenie desăvârşită, **în ziua următoare, se găseşte pielea din regiunea sacrată, foarte roşie şi cu sensibilitatea foarte redusă.** Se pune femeia în decubitus lateral. Se şterge regiunea sacrată cu alcool camforat şi se pudrează cu talc steril. Totuşi, **în ziua a doua, toată întinderea regiunii sacrate avea pielea violacee, iar în zilele următoare, aceasta se înnegreşte, delimitându-se net, de restul tegumentelor. Ţesăturile din jur sunt infiltrate şi foarte dureroase. In ziua a patra, toate ţesăturile moi din regiunea sacrată sunt sfacelate,** încât este nevoie, să fie excizate, pe o întindere de două poduri de palmă. **Toate părţile moi, până la sacru, sunt mortificate.** In aceste zile, temperatura oscilează între 36,5—37,5 E-liminarea sfacelelor se face treptat, până la 10 August, când plaga rămasă este curată, cuprinzând în laturi şi parte din regiunea fesieră stângă. S'au făcut irigaţii cu soluţie Dakin, mai târziu pansamente cu vaselină, cu balsam de Peru, (1%). Ca examene de laborator, după operaţie, sumar de urină: normal. B.W. în sânge. negativ. Ureea în sânge: 0,39 gr. la mie. Din punct de vedere operator. evoluţia a fost normală. La 24 August, când femeia cere să plece din spital, la nivelul escarei sacrate, plaga este înmugurită, până aproape la nivelul tegumentelor. Pe margini, început de epidermizare. La 3 Oct. 1938, femeia se internează, cu fenomene de ocluzie intestinală, datorită unei eventraţii post-operatorii, strangulată. Ne spune că vindecarea plăgii din regiunea sacrată, s'a făcut după 4 luni.

Examinată în regiunea sacrată, pielea este cicatrizată, albicioasă, subţire, acoperind o depresiune spre partea sacro-iliacă stângă şi e aproape fixată la planul osos. Din punct de vedere neurologic, nu se constată nicio turburare motorie sau senzitivă. Sub rahi-anestezie, cu Novocaină 8%, 0,12 gr., se debridează inelul şi se face o rezecţie de ileon, (ansă gangrenată), cu entero-anastomoză latero-laterală. De data aceasta, nu se mai petrece nimic deosebit. Mers post-operator bun, pleacă vindecată la 30 Oct. 1938.

Deci, aceste 2 cazuri de escare sacrate masive, au apărut, după anestezie rahidiană cu Novocoff 8%. Ele reprezintă singurele complicaţii trofice după anestezia rahidiană, la un număr de aproape 1600 rahianestezii, dintre cari 400 s'au făcut cu Novocoff 8%, 200 cu Percaină 0,05% şi 1000 cu Novocaină 8%, (cifre aproximative).

Dintre autorii menţionaţi mai sus, dr. **Kiţulescu** a avut escarele sacrate masive, după stovaină 0,04 gr. %; **Dr. Nicoară** după stovaină-stricnină, tropacocaină, novocaină; **Dr. Albu,** după stovaină-stricnină, tropacocaină, sincaină. (Aceşti doi chirurgi nu precizează nici unul nici numărul cazurilor şi nici numele anesteziculuí sau concentraţia lui, după care au apărut escarele). Prof. **M. Butoianu, C. Stoian** şi **dr. Dan Teodorescu,** le-au constatat, foarte probabil după novocaină adrenalină, iar pro. **Angelescu-Al. Popovici-I. Băluţă,** după percaină.

Dintre autorii străini **J. Ducuing** a observat o escară sacrată masivă, după sincaina; cazurile lui **Darget** şi cel al lui **Garipuy-Pontonnier,** după scurocaină; iar cel al lui **Belohradsky,** după novocaină.

Unii nu găsesc nicio legătură între rahianestezie şi escara sacrată, mărginindu-se numai la constatarea faptului, ca un accident excepţional de rar, **(Angelescu-Popovici-Băluţă, Desmarest).**

Alţii, — înglobând escarele sacrate masive, ce se ivesc după anestezia rahidiană în grupul turburărilor neurotrofice —, cred, că acestea se datoresc unei leziuni iritative (traumatică sau toxică) a sistemului nervos. **(Ducuing, Mayer, Klein, H. Belohradsky, Garipu-Pontonnier).**

Se ştie, **(E. Forgue-A.Basset),** că soluţia anestezică, introdusă în lichidul cefalo-rahician, printr'o acţiune neurotropă, impregnează elemente nervoase, ixându-se electiv, pe unele din ele. Această neuropexie efectivă este variabilă. **Tuffier** şi **Hallion** au constatat, că anestezicul acţionează, mai ales, pe rădăcinile posterioare. **Cestan, Riser** şi **Laborde,** verificând acest fapt experimental, au demonstrat în plus, şi o impregnaţie superficială a măduvei, prin agentul chimic analgeziant. Anestezicul, odată fixat, pe elementul nervos — măduvă rădăcină posterioară — **Van Lier, Wossidlo, Spielenmeyer prof. G. Marinescu, Agata, Figfanura, Lapique** şi **Legendre,** au dovedit experimental, cât şi pe măduva bolnavilor operaţi: „leziuni caracteristice de cromatoliză celulară; însemnate leziuni ale celulelor ganglionare, cu dezintegrarea corpusculilor lui **Nissl;** modificarea celulelor din coarnele măduvii, cu dispariţia granulaţiilor, cu deplasarea nucleului şi distrugerea membranei nucleare". Mai mult: „fibrele nervoase suferă unele modificări morfologice speciale: teaca de mielină se umflă, apoi în unele locuri încep să apară, îndreptate spre cilindr-ax, excrescenţe, cari îşi măresc volumul, încât par să sugrume axonul. Normal, deşi aceste modificări anatomice importante, sunt trecătoare, ele se prezintă exact, ca nişte procese degenerative. **Camus** a arătat experimental, persistenţa impregnării nervoase, chiar după dispariţia efectului analgeziant. Aceste scurte consideraţii ar veni în sprijinirea ipotezei, că **escarele sacrate masive, — turburări trofice —, sunt determinate de leziunea toxică nervoasă, produsă de anestezicul folosit.** Este, ceiace **A. Basset** defineşte sub **teoria toxică,** prin care se explică, turburările trofice, observate după anestezia rahidiană.

De altfel, **P. Nayrac** şi **J. Morel** sunt categorici. Pentru ei, factorul nervos este capital, în apariţia escarelor în general, şi nu lipseşte niciodată, chiar dacă boala cauzală, n'ar fi o suferinţă organică, dovedită, a sistemului nervos. După ei, prezenţa unei escare, însemnează cu multă probabilitate, existenţa unei leziuni a măduvei lombare a rădăcinilor posterioare, sau a nervilor periferici.

A. Basset, printre alte teorii asupra patogeniei acestor escare masive, după rahianestezie, enumără **teoria mecanică şi traumatică:** „leziuni nervoase pot lua naştere, consecutiv unei înţepări a măduvei, sau a rădăcinii, cu acul de punctie, fie printr'o disociere a elementelor nervoase, fie prin soluţia anestezică, fie prin compresiunea măduvei sau a unei rădăcini, printr'un chiag sau ematon". O bună technică, în executarea rahi-anestezii, înlătură, ca în cazurile de faţă, această posibilitate.

In jurul acestor două teorii, s'au mărginit încercările de-a explica producerea escarelor sacrate masive, după anestezia rahidiană.

S'a vorbit şi de turburări trofice asemănătoare, în legătură cu o iperemie neuroparalitică a lui **Schiff,** de anemia neuroiritativă a lui **Brown-Sequard,** de un dezechilibru vaso-motor local, de alterări ale sistemului reticulo-endotelial trofic al pielii **(Nayrac-Morel),** de nervii trofici speciali, de cari ar ţine nutriţia ţesuturilor, **(Samuel),** de energia vitală de ordin reflex a ţesuturilor, **(Cassirer),** cari în cazul escarelor sacrate masive, nici pe departe, nu pot avea un rol cauzal.

Deasemenea, în producerea escarelor de decubitus obişnuite, în anumite regiuni, sunt îndeajuns de cunoscute, unele împrejurări, cari favorizează apariţia lor: poziţia, umezeala, murdăria regiunii, asupra cărora au stăruit **Ducuing, P. Lècene, P. Moulonget, Rimbaud** şi alţii, p. ca **M. Chaton** şi **W. Stern** să ajungă a defini regiunile predispuse la decubitus: „regiuni escarogene".

Analizând cele două cazuri de mai sus, bolnave cari nu trădau clinic nici-o tară organică, factorul local n'a putut juca nici cel puţin un rol ajutător. Ca technică, rahianestezia s'a executat ireproşabil. Ar rămâne, soluţia anestezică, pe seama căreia s'ar putea discuta. Am întrebuinţat preparatul Novocoff, (novocaină 8%, în care s'a adăogat drept corectiv cafeina). După prof. Juvara: „aceste diferite substanţe ajutătoare injectate în spaţiul subarahnoidian, asociat cu substanţa anestezică, — cu novocaina în special, — nu pot avea decât o acţiune mai cu seamă nocivă. Se cunoaşte acţiunea caustică, dureroasă, a cafeinei, înjectată sub piele. Desigur că acţiunea ei, asupra elementelor nobile nervoase, nu poate fi indiferentă". Această afirmaţie, pare o simplă deducţie Drept concluzie, nu este exclus ca escarele sacrate masive observate la cele două bolnave, să fi fost urmarea unei leziuni toxice degenerative, a sistemului nervos, — măduvă, rădăcini, — leziuni reversibile, (escarele vindecându-se), datorite **compoziţii anesteziculuí întrebuinţat.**

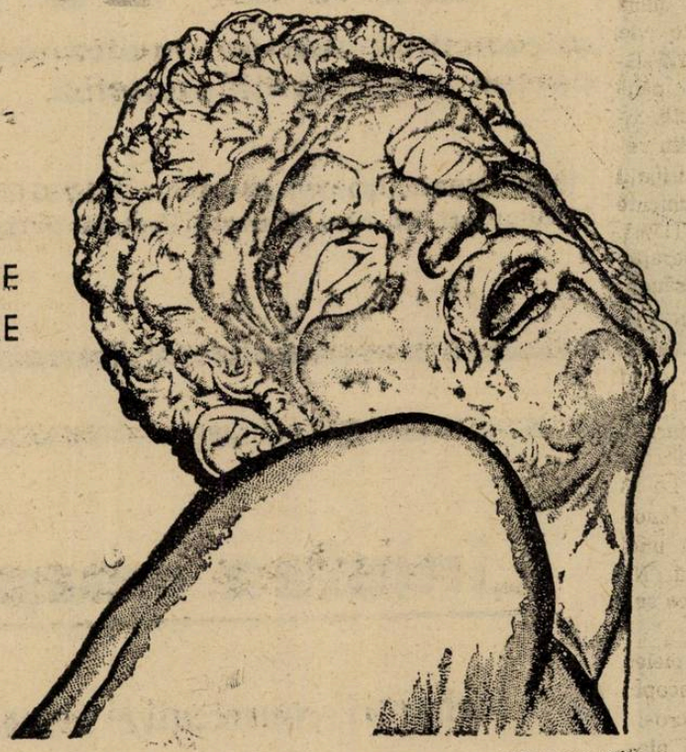
THIONAÏODINE

INJECTABIL A & B

maladia reumatismală cronică
şi sindromele sale dureroase

COMPRIMATE

carenţe de sulf
reumatisme cronice

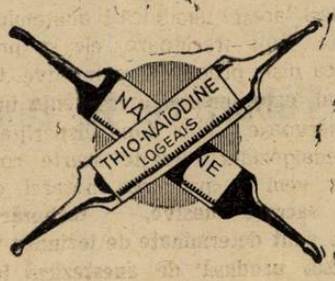


PRODUSE ATOXICE
INJECŢIUNI INDOLORE

ACŢIUNE CURATIVĂ
FĂRĂ REACŢIUNI

NAÏODINE

Ⓐ
INTRAMUSCULARĂ
TOATE
ALGIILE



Ⓑ
INTRAVENOASĂ
NEVRAXITE
ŞI URMĂRILE LOR
ALGII REBELE

Eşantioane şi literatură la cerere.

LABORATOIRES JACQUES **LOGEAIS** ISSY-LES-MOULINEAUX **PARIS**

Exclusivitatea Generală pentru România: „DROGUERIA STANDARD" S. A. R. — Bucureşti I. Str. Sf. Ionică No. 8

PENTRU STIMULAREA SECREȚIEI BILIARE: Comprimate

DIUREZEI: Fiole

Fiole

Cholin

conține principiul choleretic și cholagog al ficatului.

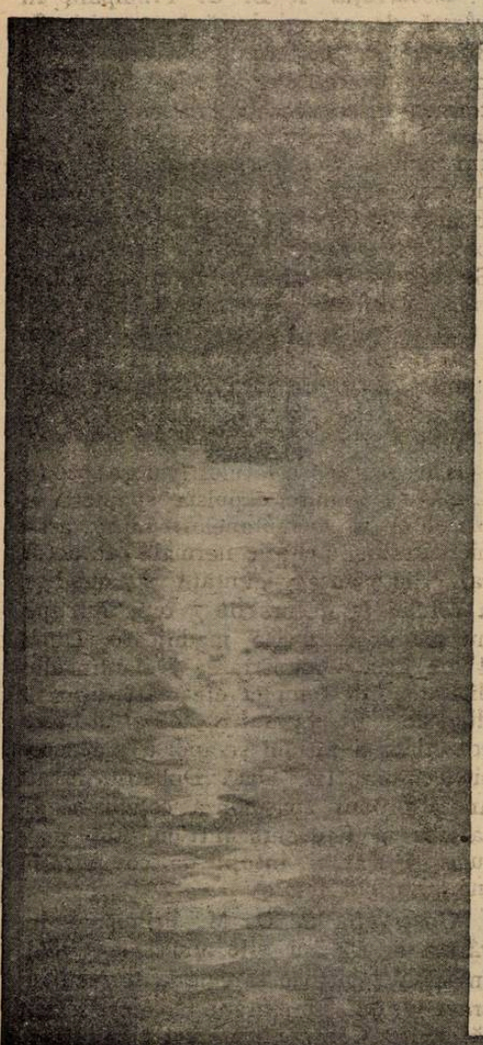
Este preparat din

BILA BOVINĂ

și constitue deci un medicament fiziologic și nicidecum o substanță sintetică.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Str. General Eremia Grigorescu 6

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin



Liniștea noaptea

fără turburări consecutive a stării generale prin

NOCTAL

Tuburi cu 10 comprimate de 0,20 gr.

Reprezentant pentru România: RUDOLF FOREK, București III, Str. General Eremia Grigorescu, 6.

J.D. Riedel-E. de Haën A.-G. Berlin

Analgezia obstetricală cu „Dolantin"

de Dr. VASILE MOȘOIU

Actul fiziologic al nașterei fiind însoțit în mod constant de durere, intervenția obstetricianului pentru calmarea sau înlăturarea ei îl interesează în mare măsură.

De aceea cred util a relata mai jos bunele rezultate obținute în naștere prin administrarea preparatului Dolantin, datorită acțiunii sale analgetice și spasmolitice marcate și a toxicității mult reduse comparativ cu cea a alcaloizilor și barbituricelor.

In Dolantin, după **Eisleb și Schaumann**, se întrunesc proprietățile spasmolitice ale atropinei și papaverinei, combinate cu acțiunea analgetică a derivatelor morfinei. Am experimentat preparatul în toate perioadele facerii și sub toate formele de uzaj terapeutic, dând preferință formei injectabile pe cale intramusculară. Pe această cale efectul se produce după aproximativ 10—20 minute dela injectare și durează 4—6 ore, în care timp, parturienta beneficază și de efectele slab hipnotice ale preparatului. N'am observat alterațiuni organice sau turburări funcționale. In câteva cazuri doar, am observat ușoare transpirațiuni, însoțite de ameteli și grețuri, care au dispărut după câteva minute, urmate de o liniște binefăcătoare. In majoritatea cazurilor am întrebuințat o singură fiolă de Dolantin intramuscular. Rareori după 3—5 ore am administrat a doua fiolă.

Câmpul de aplicațiune obstetrical al Dolantin-ului îl constituesc în special facerile normale. Ceiace se urmărește prin aplicarea lui este calmarea durerilor și asigurarea unei nașteri mai rapide. Unii autori au fost atât de încântați de acțiunea lui încât îi atribue efecte deadreptul surprinzătoare. Fără a cădea în extremă și în urma experiențelor făcute de mine în serviciul obstetrical al Spitalului Gh. Mârzescu, Brașov, relatez pe scurt bunele lui efecte.

Sunt de părere că aplicațiunea principală a Dolantin-ului privește perioada de dilatare (dealtfel cea mai lungă și dureroasă). Principial poate fi totuși administrat în oricare din fazele facerii. Injectat după instalarea definitivă a contracțiunilor uterine, Dolantin-ul realizează o accentuată scurtare a timpului de dilatare, prin spasmoliza colului, (scurtarea, ștergerea și dilatarea efectuându-se în aproape jumătatea timpului obișnuit, în special la primipare). Durerile produse de contracțiunile uterului sunt diminuate devenind suportabile, fapt important pentru parturientele sensibile, agitate, epuizate. Timpul de expulsie fetală este și el accelerat, fără a se prejudicia prin aceasta procesul de cedare a rezistenței părților moi ale planșeului pelvian. Administrat doar spre sfârșitul perioadei de dilatare sau în perioada de expulsie fetală, deși nu mai are acțiune net spasmolitică, rămâne important totuși efectul său analgezic.

Contracțiunile uterine din perioada de dilatare și cea de expulsie fetală nu sunt defavorabil influențate prin administrarea de Dolantin. In două cazuri numai, am avut pentru scurt timp o inerție uterină trecătoare, pe care dealtfel am jugulat-o prin administrarea de extracte hipofizare.

Perioada de explusie placentară nu este defavorabil influențată de Dolantin. Deslipirea placentei și a membranelor și expulsia lor se efectuează în timp și condițiuni normale. Intr'un singur caz am avut o ușoară atonie uterină, fără urmări neplăcute pentru parturientă. N'am avut hemoragiile temute ale atoniei uterine, căci retracțiunea și contracțiuna uterină nu este influențată de Dolantin.

Din partea fătului atât în expulsie cât și după, n'am observat nici un accident. La câteva cazuri, un ușor grad de asfixie albastră a noului născut, nu mă îndreptățea să învinuesc Dolantin-ul.

In facerile cu distocii, terenul de aplicație a Dolantin-ului desigur e restrâns. L'am aplicat în distocii din partea colului produse prin rigiditate spasmodică. Intr'un caz cu rigiditatea colului și prezentație humerală, am administrat Dolantin-ul pentru a grăbi dilatarea și a putea mai rapid face versiunea și extracția fătului.

Iată pe scurt câteva din observațiile clinice din totalul de 50 facer: ajutate de mine prin Dolantin:

Observația 1. M. P. Secundipară în vârstă de 34 ani, vine în serviciu la 25.I.42 ora 12 pentru ușoare dureri de facere, instalate de aproximativ o oră. La examenul obstetrical: sarcină la termen în travaliu. Prezentație craniană. Capul angajat. Colul nemodificat. Membranele intacte. Contracțiuni uterine bune, foarte reduse, ritm 30 minute. La ora 5 injecția Dolantin intramusculară. Durerile devin suportabile. La ora 7 ruperea spontană a membranelor. La 8.30 expulzia fetală. După 20 minute expulzia placentei și membranelor. Post partum normal. Facerea a durat în total 9 ore și 50 minute iar dela injectarea Dolantin-ului 3 ore și 50 minute.

Observația 2. F. F. Primipară în vârstă de 25 ani intră în serviciu la 6.2.42 cu: sarcină la termen în prezentație craniană. Ou intact. Basin normal. La ora 9 seara intră în travaliu. La ora 10 injecție de Dolantin. La ora 2 noaptea ruperea spontană a membranelor. La ora 3 expulsia fetală. După 20 minute expulsia placentei și membranelor. Lehuzie normală. Durata totală a facerii 6 ore și 20 minute.

Observația 3. E. E. Multipară în vârstă de 30 ani vine în serviciu la 8.4.42, cu sarcină luna 9-a în prezentație craniană. In antecedente un avort spontan și două nașteri la termen normale. **Lehuzii normale. In 29.4 intră** în travaliu. După o oră se găsește: capul profund angajat, colul șters și dilatat la un pod de palmă de nou născut. **Oul intact. Contracțiuni uterine** bune. Injecție Dolantin intramusculară. După două ore ruperea spontană a membranelor. După 30 minute dela scurgerea lichidului amniotic expulsia spontană a fătului (viu gr. 4650). După 30 minute expulsia anexelor ajutate prin manopera Credé. Ușoară atonie uterină jugulată prin uterotone. Lehuzie normală. In total facerea durează 4 ore.

Observația 4. B. G. Primipară în vârstă de 21 ani intră în serviciu la 8.4.42, pentru dureri lombare și supra simfizare. Prezintă o sarcină la termen în prezentație craniană. In 9.4, la ora 11 intră în travaliu cu bune contracțiuni uterine cu ou intact și basin normal. Stare de agitație nervoasă. Examinată vaginal la ora 6 ,colul se prezintă aproape complet nemodificat. Se face o injecție Dolantin intramuscular. Pacienta se calmează, intră într'un somn crepuscular, fără a surveni vreo modificare defavorabilă a contracțiunilor. La ora 10 dilatație completă urmată de ruperea spontană a membranelor. După o jumătate oră expulsia spontană a fătului (viu gr. 3000). După 15 minute expulsia spontană a placentei și membranelor. Lipsa atoniei uterine. Lehuzie normală. In acest caz, din cauza rigidității spasmodice a colului în decurs de 7 ore, aproape nu manifesta nici-o modificare. După 4 ore dela administrarea Dolantin-ului dilatația era complet efectuată urmată fiind de expulsia mai rapidă și în bune condițiuni a fătului și apoi a placentei și membranelor. Dacă Dolantin-ul nu ar fi produs spasmoliza colului rigid facerea ar fi decurs într'un timp mai lung și s'ar fi însoțit de complicații materne sau fetale.

Observația 5. D. M. Primipară în vârstă de 22 ani este adusă la 5.5.42 în spital pentru o sarcină la termen în travaliu în prezentație humerală cu făt mort. Contracții uterine neregulate,

---

Lucrare din Serv. Obstetrical Spiti Gh. Mârzescu, Brașov. Medic Primar: Dr. Valer Negrilă.

slabe şi foarte dureroase. Parturienta foarte agitată. Colul dilatat pentru 3 degete. Membranele rupte. Se face o injecţie intramusculară de Dolantin. După 30 minute la o dilataţie completă se intervine făcându-se versiunea internă şi extracţie prin cranioclazia capului din urmă (făt gr. 4.000). Deslipirea placentei şi membranelor se efectuează spontan iar expulsia lor este ajutată prin manopera Credé. Uterul involuiază normal. Lehuzie necomplicată

Observaţia 16. N. B. Primipară la termen în vârstă de 31 ani, intră în serviciu la 5.5.42 pentru dureri de facere ce datează aproximativ 7 ore, cu lipsa de progresiune a capului fetal. Membranele rupte înainte de apariţiunea contracţiunilor uterine. Primeşte la domiciliu uterotonice, care îi deşteaptă contracţiile, slabe însă, dureroase şi aritmice. Parturienta este epuizată şi foarte agitată. La examen se constată un col dilatat cât o monedă de 250 Lei. Se administrează Dolantin intramuscular. Parturienta intră într'un somn crepuscular binefăcător. Intre timp se administrează şi 6 unităţi Vögtlin de hipofiză posterioară. După două ore dilataţia completă, iar după alte două pre expulsia spontană a fătului cu bune contracţii uterine. După 15 minute expulsia spontană a placentei şi membranelor. Lehuzie normală.

Observaţia 7. C. V. Multipară în vârstă de 29 ani. Vine în serviciu la 5.5.42 cu o sarcină în travaliu la termen în prezentaţie craniană. La examen se găseşte prezentaţia în deflecţiune incompletă, profund angajată, cu un col dilatat cât un pod de palmă de nou născut. Se administrează o fiolă Dolantin intramuscular. După o oră dilataţia complet efectuată. După două ore prezentaţia stagnează la strâmtoarea inferioară în urma unei inerţii uterine secundare. Uterotonicele administrate neredeşteptând contracţiile, se aplică forcepsul (făt viu gr. 3.500). Placenta şi membranele sunt expulsate spontan după 20 minute. Lehuzie normală.

Observaţia 8. M. A. Primipară în vârstă de 18 ani intră în serviciu la 6.5.42 cu sarcină luna 9-a, prezentaţie craniană. Ou intact. Basin normal. In 21.5 ora 9 intră în travaliu. La ora 10 injecţie Dolantin intramuscular. La ora 2 rupere spontană a membranelor. La ora 2,30 expulsie fetală. După 15 minute expulsia placentei şi membranelor. Uter bine retractat. Lehuzie normală. Durata totală a facerii 5 ore şi 45 minute.

Observaţia 9. C. F. Primipară în vârstă de 24 ani, intră în serviciu la 7.5.42 pentru dureri de facere instalate de două ore. Exploraţia obstetricală arată o prezentaţie craniană, angajată cu un col nemodificat ,ou intact. Contracţiile uterine foarte dureroase. Basin normal. Injecţie Dolantin intramuscular. Durerile devin suportabile. După două ore dilataţia completă. După 50 minute dela ruperea spontană a membranelor expulsia spontană a fătului. După 15 minute expulsia placentei şi membranelor. Uter bine retractat. Lehuzie normală. Durata totală a facerii 5 ore şi 5 minute.

In rezumat, Dolantin-ul posedă o acţiune net analgetico-spasmolitică şi uşor hipnotică cu bune aplicaţiuni în facerile normale, a căror durată o scurtează mult, suprimând sau atenuând durerile fără a influenţa nociv mama sau fătul. Prin uşurinţa de administrare, prin lipsa de toxicitate asupra fătului şi mamei, poate fi administrat foarte uşor în oricare din perioadele facerii, în orice împrejurări şi deci se pretează foarte comod în facerile normale la spital sau domiciliu, oferind parturientelor beneficiile unei naşteri mai rapide şi mai puţin dureroase.

Notiţe Terapeutice

Tratamentul parkinsonismului la postencefalitici şi la bolnavi cu paralizie agitantă cu Dolantin

F. Wiedemann

Spit. Osnabrück. Psych-neurol, Wsch 1941 No. 3, pag. 28

W. a dat Dolantin la 6 bolnavi cu turburări postencefalitice (Parkinsonism- cu rezultate extraordinare de bune. 5 bolnavi urmaseră deja o cură de belladonna (atropină), dar au găsit că Dolantin este mult mai agreabil de cât preparatele de atropină. 2 exemple:

1. G. R., născut în 1909. Gripă encefalică în 1919. Incapabil să muncească din 1929. La început şi stări de excitaţie, acum este obligat să stea în pat, de ani de zile. Frecvente spasme ale muşchilor oculari şi abdominali. Bolnavul se vaită câte 6—12 ore fără întrerupere. Atropina ameliorează, dar nu înlătură spasmele. In timpul unei asemnea stări de spasticitate, W. a injectat 100 mrg de Dolantin i. m. După 30 de minute spasmele au încetat. După 5 ore au revenit, dar o nouă injecţie de 100 mgr Dolantin le-a îndepărtat pentru 3 zile. Bolnavului i s'a părut că survin din nou spasme ale muşchilor oculari, însă administrarea a 2 tablete de Dolantin (= 50 mgr) a împiedecat apariţia spasmelor. De atunci se dă bolnavului regulat de 3 ori pe zi câte 25 de picături, iar după câtva timp numai 20 de picături (= 50 mgr). Bolnavul n'a avut nicio turburare timp de 3 săptămâni; la trei zile după suprimarea Dolantin-ului spasmele au revenit. Rigiditatea musculară a crescut din nou. Pentru a înlătura din nou turburările, de data aceasta a fost suficientă doza zilnică de 3 ori câte 15 picături de Dolantin.

2. W. W., născut în 1892. Gripă encefalică în 1917. Din 1918 rigiditate musculară şi tremurături, din 1929 incapacitate completă de a lucra. Internat din 1935: redoare accentuată a musculaturei braţelor, transpiraţii profuze, rigiditatea măştii, vorbire dificilă. Ameliorare trecătoare în 1934 după o cură cu belladonna. In 1940 din nou turburări mari, chiar mai mari ca în trecut, cu stări de excitaţie cu atentate asupra celor din jurul său. Tratament: zilnic doze crescânde de Dolantin de trei ori pe zi, dela 10—25 de picături. Ca urmare, diminuarea rigidităţii musculare, ţinută mai bună (flexiune anterioară 10°, înainte 25°). Ameliorarea se menţine şi după ce doza zilnică a fost redusă la de 3 ori pe zi 15 picături.

Şi la ceilalţi bolnavi Dolantin a produs o ameliorare, permiţându-le să se ocupe de treburile casnice. Ca cea mai bună doză se consideră de 3×5, apoi crescând până la de 3×10, cel mult de 3×40 de picături. Şi paralizia agitantă tremurăturile şi rigiditatea musculară au fost ameliorate; Dolantin a fost superior altor preparate în aceste cazuri. O senzaţie de apăsare în cap şi de 2 ori uscăciune moderată a gurei au fost singurele fenomene accesorii după dozele ceva prea mari.

Despre acţiunea analgezică a Dolantin-ului

H. J. Kiessig şi G. Orzechowski

st. Farm. Kiel, Sch merz, Nark. uad Anästh, 194 vol. 13 peg. 49

Pentru a controla experimental acţiunea analgezică a Dolantin-ului, s'a căutat întrucât Dolantin poate suprima durerile, după excitarea electrică a pulpei dentare la câini. Cu această ocazie s'a constatat o diminuare netă a sensibilităţii dureroase datorită Dolantin-ului. Dolantin are o acţiune asemănătoare cu a morfinei, deşi, calculată după greutate, aceasta este de 9—10 ori mai slabă decât a morfinei. Dacă se controlează Dolantin cu o altă metodă — înlăturarea durerii după aplicarea unei cleme la rădăcina cozii la şoareci — atunci 30 mg. pe kg. de greutate sunt suficiente, pentru a suprima reacţia de apărare faţă de durerea provocată experimental, timp de ¼ de oră şi pentru a alina durerea pentru încă o jumătate de oră. Au putut fi observat oarecari simptome centrale, ca fenomenul lui Straub la coada de şoarece, scâncet tare la câine, cu spasme uşcare, dar o acţiune narcotică netă nu a fost observată.

Pyridium

Antiseptic urinar

cu acțiune analgetică,
rapidă Scurtează timpul boalei

Cistite, Pielite, Prostatite

Forme de prezentare: Tuburi cu 12 dragele Flacoane cu 5 dragele

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Reprezentant pentru România **Rudolf Forek, București III, Strada General Eremia Grigorescu, 6.**

Tratamentul Şancrului Moale şi complicaţiilor sale

Prin injecţiuni intramusculare cu:

VACCIN ANTISTREPTOBACILAR

„NICOLAU-BANCIU"

din surse polivalente de Bacili Ducrey

VACCINUL ANTISTREPTOBACILAR

este foarte bine tolerat. Nu dă şoc nici febră permiţând tratamentul ambulatoriu

PREZENTAREA: Cuti: cu 6 fiole a 2 cmc.

Adoptat de Casa Centrală a Asigurărilor Sociale

Se poate procura la toate farmaciile di[illegible]

Medicamentul suveran al boalelor gastro intestinale de natură toxi-infecţioasă, la copii şi adulţi nu este decât:

„Lactoferment Dr Robin"

35 ani de existenţă
(1807 - 1942

Emulsie pură de ferment lactic viu care transformă în acid lactic născând diferite substanţe hidrocarbonate din mediul gastro-intestinal conlucrând în acest mod la nimicirea agenţilor microbieni patogeni.

DOZE:

COPIII până la 3 ani o linguriţă la oră.
COPIII de 3 ani în sus câte 2 linguri înaintea meselor
ADULŢII 3—4 linguri înaintea meselor.

indicat în: **enterite acute şi cronice** *la copii şi adulţi,* **diabet, ciroze eczeme, acnee, foliculite, furunculoză urticaria, guta, colibaciloza** *etc.*

ESTETICA FEŢEI

VACCIN MICROBACILAR ANTIACNEIC

Conf Dr SĂRĂTEANU.

Indicaţiuni:

Toate formele pustuloase de Acnee vulgară facială.
Produce dispariţia pustulelor, Modifică starea seboreică. Impiedică recidivele.
Toleranţă locală şi generală perfectă.

Pentru literatură şi eşantioane Domnii Medici se vor adresa:

Laboratorului „Dr. A. BANCIU" Bucureşti, Str. Regală, 10 — Tel. 5.84.29

NOTE ŞI INFORMAŢIUNI

Domnul Mareşal Antonescu a vizitat Spitalul Z. I. 352

Domnul Mareşal Ion Antonescu, Conducătorul Statului împreună cu d. Prof. Mihai Antonescu, Vice-Preşedinte, au vizitat în ziua de 12 Octombrie Spitalul Z. I. 352.

La intrare, au fost primiţi de d-na Ministru I. Petrovici, D-na General Velescu, D-na General Nicolaescu, de Dl. Cpt. Dr. Firică, şeful spitalului, de Dl. Lt Dr. Anton Filiti, precum şi de numeroase Doamne şi Consiliul de Patronaj care lucrează ca voluntare la acest spital.

Conducătorul Statului şi d. Vice-Preşedinte al Consiliului de Miniştri au inspectat sala de radiologie, sala de operaţii şi saloanele cu răniţi interesându-se de starea răniţilor şi stând de vorbă cu fiecare.

La plecare, Domnul Mareşal Antonescu a scris în cartea spitalului:

«Foarte bine»

Mareşal Antonescu

Iar domnul Prof. Mihai Antonescu:

«Recunoştinţă Doamnelor Consiliului de Patronaj şi medicilor spitalului»

M. Antonescu

Noui decani ai facultăţilor de medicină din ţară

Ministrul Culturii Naţionale, Cultelor şi Artelor a făcut următoarele numiri la Facultăţile de Medicină din ţară:

D-l Prof. dr. V. Ciocâlteu a fost numit decan al Facultăţii de Medicină din Bucureşti.

D-l Prof. dr. Gh. Tudoranu a fost numit Decan al Facultăţii de Medicină Iaşi.

D-l Prof. dr. V. Papilian a fost numit Decan al Facultăţii de Medicină Cluj-Sibiu.

Deasemenea D-l Prof. dr. Iuliu Haţieganu a fost numit Rector al Universităţii «Regele Ferdinand I» Cluj-Sibiu.

Ocuparea posturilor de medici şcolari

Medicii şcolari dela orice instituţiune aparţinătcare Ministerului Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale sau altor departamente ori instituţiuni de utilitate publică sau instiuţiuni particulare, ce primesc subvenţiuni sub orice formă de la Stat, judeţ şi comună, se recrutează pe baza unui examen de clasificare, care se ţine în conformitate cu normele cuprinse în decretul lege Nr. 142, publicat în Monitorul Oficial Nr. 47 din 24 Februarie 1942 şi conform dispoziţiilor prezentului regulament.

Examenul de clasificare pentru medicii şcolari, se ţine odată pe an sau oridecâteori nevoia va cere, la Bucureşti, pentru toate posturile vacante din ţară.

Data şi locul examenului de clasificare se stabileşte de Ministerul Muncii, Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale şi se publică în Monitorul Oficial şi în ziare cu cel puţin 30 zile libere înainte de ţinerea lui.

Deschiderea cursurilor la şcoalele de învăţământ sanitar

In ziua de 1 Octombrie a avut loc în toată ţara solemnitatea deschiderii cursurilor la şcoalele de învăţământ pentru personalul auxiliar sanitar.

La spitalul Colţea a avut loc solemnitatea deschiderii cursurilor şcoalei de laboranţi de radiologie ai şcoalei de moaşe care funcţionează pe lângă Maternitatea acestui spital.

Au asistat la această solemnitate d-nii: ministru prof. dr. P. Tomescu; dr. I. Stoichiţia, secretar general; dr. O. Burileanu, dr. N. Gruia Ionescu, prof. dr. Marius Georgescu, conferenţiar dr. Ermil Lăzeanu, dr. Al Bădescu şi asistenţii clinicei de obstetrică şi ginecologie din spitalul Colţea, profesori ai şcoalei de moaşe, etc.

După oficierea serviciului divin d. dr. **Ermil Lăzeanu** a arătat că şcoala de laboranţi de radiologie ce s'a deschis ieri are rolul de a împlini lipsa mare de personal pentru serviciile de radiologie şi fizioterapie din ţară.

D. prof. dr. **Marius Georgescu** a spus că protecţia mamei şi a copilului trebue să stea pe primul plan al problemelor sanitare în ţara noastră.

Şcoala de moaşe dela spitalul Colţea a fost înfiinţată pentru a pregăti moaşe capabile şi conştiincioase care să lucreze temeinic la sate în domeniul asistenţei la naşteri şi pentru îngrijirea copiilor mici. Această şcoală are azi 100 de eleve în anul I şi II, selecţionate cu grijă.

D. prof. dr. **P. Tomescu**, ministrul sănătăţii arată că în ziua de 1 Octombrie se deschid şcoalele de învăţământ sanitar din toată ţara şi că în acest moment 2000 de eleve şi elevi noui încep pregătirea lor profesională în şcoalele Ministerului Sănătăţii şi Ocrotirilor Sociale.

Pentru a consolida organizarea noastră sanitară este nevoie în primul rând de un personal medical şi sanitar foarte conştiincios şi perfect pregătit. De aceia s'au luat măsuri să se primească anul acesta în cele trei Facultăţi de Medicină 1.150 studenţi, iar în şcoalele personalului sănitar să fie înscrise 2000 de eleve şi elevi.

Şcoalele dela Spitalul Colţea, care se deschid astăzi sunt printre cele mai bune. De aceia d. ministru adresează **mulţumiri călduroase Eforiei Spitalelor Civile**, care le dă ospitalitate şi corpului didactic medical, care pune atâta devotament pentru acest învăţământ.

Noilor eleve şi elevilor de aici şi de pretutindeni, d. ministru le urează succes într'o carieră grea dar plină de satisfacţii morale.

D. dr. **O. Burileanu**, efor al Spitalelor civile arată că iniţiativa luată de d. ministru al Sănătăţii, de a se pregăti cadrele de personal medical şi sanitar necesare instituţiunilor Statului, este de cea mai mare importanţă.

In conformitate cu vechea sa tradiţie, Eforia dă tot sprijinul acestor şcoale de învăţământ sanitar pe care l-a dat şi-l dă învăţământului medical.

Concursul de externat şi internat în medicină

Pentru ca studenţii în medicină să dobândească o temeinică pregătire practică în clinici şi spitale, numărul locurilor de externi şi intetrni în medicină au fost mult crescute, iar pe de altă parte s'a asigurat internilor şi internilor o salarizare mai bună decât în trecut.

Studenţii în medicină care vor face stagiile de externat şi internat în spitale vor dobândi o pregătire bună şi vor reprezenta elementele de elită în profesiunea medicală prin cunoştinţele şi capacitatea lor de lucru.

In toamna aceasta s'au fixat concursul de externat şi internat în Medicină la clinicile şi spitalele din cele 3 centre universitare — Bucureşti, Iaşi şi Sibiu.

Concursul de externat va începe în ziua de Luni 2 Noembrie orele 9 a. m. în toate centrele universitare.

La acest concurs pot candida studenţii în medicină cari au absolvit primi 2 ani de studii.

Concursul de internat va începe în ziua de Marţi 1 Decembrie a. c. orele 9 a. m. în cele 3 centre universitare. Se pot prezenta candidaţii cari sunt în anul al II-lea al stagiului de externat.

La Bucureşti sunt vacante 200 posturi de externi şi 50 posturi de interni.

La Sibiu sunt vacante 25 posturi de externi şi 10 de interni.

La Iaşi sunt vacante 40 posturi de externi şi 20 de interni.

Cererile însoţite de acte vor fi înaintate cu cel puţin 10 zile libere înainte de ţinerea concursurilor:

La București — Ministerul Sănătății și Ocrotirilor Sociale — Direcția Personalului.

La Iași — Inspectoratul General Sanitar.

La Sibiu — Inspectoratul General Sanitar.

Condițile de înscriere și chestionarele la diferitele probe se află publicate în Monitorul Oficial Nr. 229 din 1 Octombrie 1942.

Noile instrucțiuni cu privire la încorporarea studenților în medicină

In conformitate cu noile dispoziții date de Marele Stat Major se aduce la cunoștința generală următoarele:

I. — Toți studenții Facultății de medicină, care n'au făcut serviciul militar, sunt încorporați pe data de 1 Noembrie 1942 în secția de pregătire militară a facultății.

a) Studenții cari au, în prezent, vârsta de 20 de ani și cei mai bătrâni — contrar celor anunțate prin publicațiunea din 25 Septembrie 1942 — nu mai sunt obligați să se prezinte la Cercul de recrutare teritorial de care aparțin, ci se vor prezenta direct la secția de pregătire militară a facultății

b) Rămân obligați a se prezenta pe ziua de 1 Noembrie crt., la Cercurile de recrutare teritoriale numai tinerii din ctg. 1942/43 și mai vechi care devin studenți în anul I pe anul școlar curent, în urma rezultatelor dela examenul de admitere care se vor da pe data de 20 Octombrie a. c. Aceștia vor trebui să prezinte Cercului de recrutare respectiv, adeverințele eliberate de secretariatul facultății, din care să se constate că au fost admiși și înscriși ca studenți în anul 1.

c) Studenții cari n'au vârsta de încorporare, indiferent de anul de studii în care se găsesc, rămân cu obligațiunea ca până la 1 Noembrie 1942 să ceară înrolarea ca voluntar în secția de pregătire militară a facultății, adresând cereri scrise acestei secțiuni.

II. — Studenții cari nu se vor prezenta la Cercurile de recrutare teritoriale, vor fi dați nesupuși și vor suferi rigorile legilor militare.

Regulamentul pentru ocuparea posturilor de medici la Ministerul Sănătății

In «Monitorul Oficial» Nr. 240 a apărut regulamentul pentru ocuparea posturilor de medici de circumscripție sanitară rurală sau urbană și medici comunali.

Acest regulament desvoltă legea Nr. 142 din 1942 referitoare la unificarea normelor de recrutare, numire și funcționare a personalului technic: medici, farmaciști, chimiști, externi și interni în medicină și farmacie ai instituțiunilor publice și instituțiunilor de utilitate publică și particulară care primesc subvenții dela Stat, județ și comune.

Regulamentul este împărțit în șase capitole cuprinzând: dispoziții generale, condițiunile de admitere, din cine este format juriul examinativ, probele examenului de calificare, programa analitică a examenului, precum și modalitatea de numire.

Numărul studenților în anul I al celor 3 facultăți de medicină din țară

Organizația sanitară are actualmente nevoe de un număr mare de medici atât pentru a completa lipsurile de medici la sate cât și pentru a asigura numărul de specialiști necesari încadrării spitalelor ce se vor creia în centrele din provincie.

Tot astfel în unele specialități: laborator, radiologie, tuberculoză, pediatrie și puericultură, numărul de medici specialiști este foarte redus.

Pentruca serviciile sanitare să lucreze cu un randament mai mare și spre a se asigura în cele mai bune condițiuni asistența meddicală a locuitorilor dela sate și craşe, era nevoe în primul rând de un număr mai mare de medici.

In acest scop s'a fixat următorul număr de locuri în anul I al Facultăților de Medicină din țară:

La Facultatea de Medicină București — 500 locuri.

La Facultatea de Medicină Sibiu — 350 locuri.

La Facultatea de Medicină Iași — 300 locuri.

In total vor fi 1.150 locuri în anul I al celor 3 Facultăți de Medicină din țară.

Studenții în medicină care lipsesc din capitală se pot înscrie printr'o cerere trimisă prin poștă recomandat, depunând actele după 2 Noembrie în timp cât se va ține concursul de externat în medicină.

In tratamentul

TUSEI IRITANTE

se recomandă

DOLANTIN-PICĂTURI

efect asemănător codeinei, fără turburările preparatelor de morfină

bronșită, emfizem, pleuritis, pneumonie, tuberculoza laringeană

medicamentul încercat în tusa copiilor

»Bayer« BAYER LEVERKUSEN

PERVITIN

Analeptic Central şi Circulator cu acţiune durabilă

Hipotonii, împreună cu stările consecutive: slăbiciune, ameţeală, lipotimii. Stări de epuizare după operaţii şi în cursul maladiilor infecţioase. Analeptic puternic şi stimulent respirator în narcoze şi intoxicaţii.

TEMMLER-WERKE · BERLIN-JOHANNISTHAL

Reprezentant pentru România:

Dr. ALEXANDRU RADU, Bucureşti 3, Strada Sofia No. 14

Vitamina D

ASOCIATĂ COMPLEXULUI ENDOCRIN ŞI EXTRACT HEPATIC

INDICAT IN RACHITISM, CREŞTERE, LIMFATISM, DEBILITATE, ASTENIE, SURMENAJ, CONVALESCENŢA, INFECŢIE, FRACTURI, SARCINĂ, ALĂPTARE.

TUSSOFAG

SPECIFIC AL **TUSEI**

INDICAT IN TOATE AFECŢIUNILE BRONCHO-PULMONARE BRONŞITE CRONICE, EMFISEM PULMONAR PNEUMONIE, BRONCHO-PNEUMONIE, PLEURESIE, ASTM, BACILOSE INCIPIENTE.

Mostre gratuite la cerere
MEDIROM S. A. R.
BUCUREŞTI IV — STR. OLARI 23
TELEFON 2.39-46

SPLENO CALCIUM

irradié

CEPHALO

fabrica de produse chimice
gedeon richter

Bucureşti V
Str. Logofătul Tăut No. 99.
Telefon 5.69.03

Pentru combaterea gripei şi a răcelii

ACITOPHOSAN

2—3 Tablete pe zi

Preparat sulfamidat

AMBESID

TABLETE

Conţinând 0,40 gr. paraaminobenzolsulfamid pe tabletă.

Indicat în stările de infecţiuni cu streptococi, stafilococi, meningococi, gonococi şi colibacili.

In anemii şi reconvalescenţă

PERHEPAR

TABLETE ŞI INJ.

Extract concentrat de ficat

Tipărită la 15 Octombrie 1942

In REUMATISM şi bolile înrudite (NEVRALGII, LUMBAGO), SCIATICĂ

INTERN

LE VANSOL

CACHETE

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

Cutii a 20 cachete.

Acid acetilo - salicylic, acid phenylcinchoninic, colchicum Autumnale.

Formulă completă, uşor asimilabilă, efect sigur.

3—4 cachete pe zi după mese.

Injecţiuni loco dolenti cu:

AMPOULES REIPAR

Laboratoire Dr. Drapier, Lucquy (Ardennes)

Cutii a 10 fiole a 2 cc.

Sol. izotonică de acid salicilic vegetal în apă distilată de *betula lenta.*

Se obţine un efect terapeutic mărit, datorită solvantului.

Injecţiuni hypodermice a 1 cmc. loco dolenti.

IN TOATE INDICAŢIUNILE UNTUREI DE PEŞTE

ELIXIR

MALT-OLEOL

Etabl. L. Dubaccard — Paris

Extract de untură de peşte (vitamina D).
Extract de malt (vitamina B).
Glicerofosfaţi de calciu şi sodiu

Medicament aliment, gust plăcut.

Copii 2—3 linguriţe pe zi înaintea meselor.
Adulţi 2—3 linguri pe zi înaintea meselor.

Imunoterapie nespecifică

în maladiile febrile şi infecţioase, — acute şi cronice
Fără reacţiuni neplăcute

TOTALIDIN

FIOLE de 2 cmc.

Sec. Prof. WIECHOWSKY

Sol izotonică nucleinat de Na 2,50%

Prezentare: Cutii a 1, a 3, şi a 5 fiole.

Adulţi: 1 fiolă intramuşchiular zilnic. In Pireto therapie doza se majorează până la 6 cm. zilnic.

Copii: 1/2 — 1 fiolă zilnic.

In hyperaciditate, dispepsii, flatulenţe şi gastralgii

BISMUROL-Pulvis

Laboratoires Plagnol-Versailles (France)

Flacon original.

O linguriţă în 50 gr. apă după mese.

IN CONSTIPAŢII inveterate chiar la femeile gravide şi copii

PURGANOL Dr. DAGUIN

Etabl. Dr. Daguin, St. Maur (France).

Pastile aromatizate, cu gust plăcut *şi uşor divizibile în sferturi.*

Cu efect constant şi fără colici sau fenomene congestive.

Adulţi: doză laxativă 1 pastilă pe zi.
doză purgativă 2 pastile pe zi.

Copii: câte 1/4 pastilă pentru fiecare an de vârstă.

Recomandaţi ca apă de masă alcalinizantă şi remineralizantă

LITHINÉS VICHY TILLAT

Laboratoires Plagnol, Versailles (France)

conţin săruri veritabile de Vichy

Cutii a 12 pachete

1 pachet la 1 litr. apă.

Providenţa Astmaticilor

Preventive — Curative

ŢIGARETE MONDORASME

Etabl. Dr. Daguin St. Maur (France)

Aspirate la începutul crizelor le diminuiază violenţa şi durata.

Câteva ţigarete zilnic, împiedică şi previne crizele de astmă.

Prezentare: Cutii orig. a 20 ţigarete.

Pentru echantilloane şi orice fel de informaţii a se adresa Serviciului Propagandei medicale

„NIFAR" S. A. R. Bucureşti, Str. Giurgiului Com. Progresul Nr. 24. Tel. 3.11.42

Sedativ al tuselor rebele

CODOFORME BOTTU

Sirop { Copii micii: 2—4 linguriţe în 24 ore.
Copii mari: 2—4 linguri desert în 24 ore.
Adulţi: 2—4 linguri de supă în 24 ore.

Comprimate { Adulţi: 5—8 în 24 ore.
Copii: 2—3 în 24 ore.

Algii — Nevralgii — Odontalgii — Menstrualgii — Migrene — Gripe.

NEALGYL

(Chloralopirină — Fenacetină — Cafeină — Hexametilenamină).

Comprimate: 1—2 la nevoe. Doza maximă **8** pe zi.

Se înghit fără a se sfărâma.

Angine — Stomatite — Arsuri — Ulceraţiuni — Vaginite.

NEOL

(Ozon şi oxigen în stare născândă)

Gargarisme: 1 lingură de supă la 1 pahar cu apă.
Pansamente: Neol 1 parte, apă 4 părţi.
Spălături vaginale: 1—2 linguri la 1 irigator.

Laboratoires du Prof. BOTTU — Paris

Eşantioane şi literatură:

Laboratorul Farmaceutic „LUTEŢIA" S. A. R.

103, Str. Toamnei, BUCUREŞTI III. — Tel. 2.21.38

BIBLIOTECA ...STRA"